

บทที่ 2

แนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาบทบาทของเครือญาติผู้ป่วยต่อการดูแลความเจ็บป่วยครั้งนี้ ศึกษากรณีโรงพยาบาลพล อำเภพล จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประกอบแนวความคิดในการวิจัย ซึ่งแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ได้แก่ แนวความคิดเกี่ยวกับเครือญาติ แนวความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แนวความคิดการสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีบทบาท ทฤษฎีการตัดสินใจ และงานวิจัยต่างๆ เข้ามาเป็นกรอบแนวความคิด โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แนวความคิดเกี่ยวกับเครือญาติ

การที่จะเข้าใจพฤติกรรมของคนในสังคมหนึ่งๆ จำเป็นที่จะต้องเข้าใจระบบเครือญาติอันเป็นระบบพื้นฐานที่กำหนดพฤติกรรมของคนในสังคมนั้น บทบาทของคนแต่ละคนจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างเป็นระบบ

คำจำกัดความ นิยาม และความหมายของเครือญาติ

สนิท สัมครการ (2535:5) ได้กล่าวถึงระบบครอบครัวและเครือญาติว่าครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญ คือ แบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างญาติสนิทจำนวนหนึ่ง นับตั้งแต่ พ่อ แม่ และลูกๆ ออกไปเรื่อยๆ ตามลักษณะทางวัฒนธรรมของแต่ละสังคม และครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของระบบเครือญาติ ซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด และโดยการแต่งงาน แบบแผนของระบบเครือญาติมีหลายแบบ โดยทั่วไปแล้วความเป็นญาติก็เกิดขึ้นได้โดย 2 ลักษณะ คือ

1. ความสัมพันธ์ทางสายโลหิต (Consanguinal Relation) เป็นการสืบทอดทางชีวภาพของบุคคล จากบุคคลหนึ่งลงมาถึงคนหนึ่งทางพันธุกรรม เช่น พ่อกับลูก แม่กับลูก
2. ความสัมพันธ์จากการแต่งงาน (Affinal Relation) บุคคลจะเกิดความสัมพันธ์กันได้โดยการแต่งงาน เป็นความสัมพันธ์ทางชีวภาพและทางสังคม แต่ไม่ได้สืบทอดทางสายโลหิต เช่น สามีกับภรรยา นอกจากนั้นความสัมพันธ์ของบุคคลอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับ

คู่แต่งงานทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง เป็นความสัมพันธ์ทางสังคมเท่านั้น แต่ก็นับเข้าเป็นญาติเกี่ยวข้อง

ศิริพร จิตะฐาน (2535: 224) ได้อธิบายระบบเครือญาติ หมายถึง ระบบของเครือสายความสัมพันธ์ของกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องกันโดยทางสายเลือดหรือการแต่งงาน การจะนับว่าใครเป็นญาตินั้น ขึ้นอยู่กับกฎเกณฑ์ในแต่ละวัฒนธรรม การจัดระบบเครือญาติเป็นเรื่องของวัฒนธรรมไม่ใช่ธรรมชาติ แม้ปรากฏการณ์ พ่อ แม่ ลูก จะเป็นเรื่องธรรมชาติ และมีปรากฏในทุกๆ สังคม แต่ละสังคมจะมีการจัดระบบเครือญาติในการกำหนดบทบาทแนวปฏิบัติ และหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวต่างกันไป

นิยพวรรณ วรณศิริ (2528: 103 - 104) ได้อธิบายระบบเครือญาติ หมายถึง ระบบที่จัดเอามนุษย์มาสัมพันธ์กัน เครือญาติเป็นสภาพของความสัมพันธ์กันของบุคคล จากวงแคบที่สุดคือวงครอบครัว ไปถึงวงกว้างที่สุดอาจจะถึงเผ่า (Tribe) โดยเริ่มนับจากระดับความสัมพันธ์ของบุคคลในครัวเรือนเดียวกันก่อน การนับเครือญาติเป็นการทำบัญชีบุคคลในสายเลือดเพื่อสืบหาต้นตอและบรรพบุรุษที่แต่ละคนสืบตกทอดกันมา

Keesing (1975: 18 - 23) ได้กล่าวถึง การให้ความสำคัญของญาติในแต่ละสังคมไม่เหมือนกัน โดยแบ่งสังคมในโลกออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

1. สังคมที่เน้นความสำคัญฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นหลัก (Unilineal Societies) การนับญาตินั้นจะยึดเอาบรรพบุรุษเป็นเกณฑ์ โดยจะนับคนที่สืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษเดียวกัน ซึ่งการให้ความสำคัญฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเป็นหลักนั้น แล้วแต่วัฒนธรรมสังคมของแต่ละสังคมที่จะยึดถือการสืบสายเชื้อจากฝ่ายบิดาเป็นหลัก (Patrilineal descent group) หรือสังคมที่ยึดถือการสืบสายเชื้อจากฝ่ายมารดาเป็นหลัก (Matrilineal descent group)

2. สังคมที่ให้ความสำคัญกับญาติทั้งสองฝ่าย (Bilateral Societies) ลักษณะสังคมจะนับญาติพี่น้องทั้งฝ่ายมารดาและฝ่ายบิดา ถึงแม้ว่าจะมีการใช้นามสกุลและสืบสายสกุลจากฝ่ายบิดา ในสังคมประเภทนี้คนคนหนึ่งจะมีวงศ์ญาติมากมาย เพราะญาติพี่น้องของคนคนหนึ่งจะรวมทั้งปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ลูกหลานของฝ่ายพ่อและฝ่ายแม่ อาจจะรวมถึงญาติทางเขยและญาติทางสะใภ้ ลักษณะของเครือสายของเครือญาติขึ้นอยู่กับแต่ละคน ไม่ใช่บรรพบุรุษเป็นตัวกำหนด

Fred Eggan (ม.น.ป.: 390) ได้กล่าวถึงเครือญาติว่า เป็นสังคมมนุษย์สากลที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรม และแบบแผนของกลุ่มสังคมและวัฒนธรรมของความสัมพันธ์ของบุคคลที่มาจากการสืบสายโลหิต หรือจากการแต่งงาน และยังเกี่ยวข้องกันกับชุดของ

แบบแผนพฤติกรรมและทัศนคติ ซึ่งระบบเครือข่ายในแต่ละสังคมไม่เหมือนกัน อาจมีลักษณะ 5 ประการดังนี้

1. มีการขยายเครือข่ายโดยมีความสัมพันธ์ทางโลหิตและการแต่งงาน
2. วิถีทางของความสัมพันธ์มีการแบ่งแยกเป็นชั้นหรือเป็นลำดับชั้นในกลุ่ม
3. ประเพณีจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมชีวิตประจำวันของเครือข่าย
4. เป็นสิทธิและหน้าที่ที่จะต้องปรองดองกันในเครือข่าย
5. ภาษาการเรียกชื่อญาติจะแสดงถึงลำดับชั้นของญาติ

ประสิทธิ์ สวาทดีญาติ (2535: 4 - 5) ได้กล่าวอ้างถึง A.R. Radcliffe-Brown ในการอธิบายระบบเครือข่ายและการจัดระเบียบทางสังคมว่าเป็นข่ายใย (net work) ของความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างทางสังคม โดยชี้ให้เห็นว่าโครงสร้างสังคมเป็นข่ายใยที่ซับซ้อนของความสัมพันธ์ทางสังคมที่เชื่อมโยงมนุษย์เข้าด้วยกัน ข่ายใยที่ซับซ้อนเหล่านั้น ได้แก่ เชื้อชาติ ศาสนา ระบบเศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา ภาษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย ความเป็นเพื่อน รสนิยมร่วมกัน และเครือข่าย ในบรรดาข่ายใยทั้งหลายนี้ ความสัมพันธ์ทางเครือญาติเป็นข่ายใยที่เป็นพื้นฐานที่สุด และแพร่หลายที่สุดในสังคมมนุษย์

หน้าที่และบทบาทของเครือญาติ

สนธิ สมัครงการ (2535: 8 - 9) ได้กล่าวถึงหน้าที่และบทบาทของเครือญาติที่มีอยู่ต่อกัน 2 ประการดังนี้

1. ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะญาติผู้ใหญ่หรือญาติผู้อาวุโสจะต้องคอยช่วยเหลือเกื้อกูลญาติผู้น้อย โดยรวมทั้งการเลี้ยงดูและอบรมสั่งสอนเมื่ออายุยังเยาว์วัยในขณะเดียวกัน ญาติผู้น้อยมีหน้าที่ต้องให้ความเคารพเชื่อฟังและให้ความช่วยเหลือญาติผู้ใหญ่ตามสภาพภาพของตน ด้วยเหตุที่ความสัมพันธ์ทางญาติเป็นความสัมพันธ์ที่ยาวนานและใกล้ชิด การช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างญาติจึงมีอยู่อย่างค่อนข้างจะสม่ำเสมอและถาวร โดยเฉพาะอย่างยิ่งญาติที่เกิดจากสายโลหิต

ลักษณะของความสัมพันธ์ทางญาติที่เด่นๆ มีอยู่ 2 ประการ คือ หนึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบไม่เท่าเทียมกัน (Asymmetrical Relation) คือ จะมีฝ่ายหนึ่งอยู่สูงกว่าอีกฝ่ายหนึ่งในทางสังคม และเป็นความสัมพันธ์ที่มีลักษณะต่างตอบแทนมากกว่าเป็นความสัมพันธ์ทางเดียว (Reciprocal Relation) แม้ว่าบางครั้งฝ่ายญาติอาวุโสจะเป็นฝ่ายให้ก็ตาม แต่โดยอุดมคติแล้วทั้งสองฝ่ายต่างก็มีหน้าที่ต่อกันซึ่งกันและกัน

2. ถ่ายทอดและสืบทอดทางวัฒนธรรมของสังคม เครือญาติมีบทบาทสำคัญมากในการถ่ายทอดและสืบทอดมรดกทางวัฒนธรรม การเรียนรู้วัฒนธรรมในระยะแรก ไม่มีที่ใดจะได้ผลดีเท่ากับการเรียนรู้จากญาติสนิท ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและยาวนานระหว่างญาติอาวุโสกับญาติผู้เยาว์ มักจะเปิดโอกาสให้มีการถ่ายทอดและสืบทอดความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี การมีโอกาสเข้าร่วมในงานพิธีกรรมระหว่างญาติ อันได้แก่ พิธีกรรมการผ่านขั้นตอนของชีวิต เช่น พิธีกรรมงานแต่งงาน งานศพ งานโกนจุก งานบวช ฯลฯ นอกจากนั้นการเรียนรู้ภาคปฏิบัติในด้านวิชาชีพต่างๆ ก็นับว่ามีส่วนสำคัญมากในด้านการเตรียมการสำหรับการดำรงชีพภายภาคหน้า

ระบบเครือญาติทางสังคมไทย

สนิท สัมกรการ (2519: 95 - 97) ได้กล่าวถึงระบบเครือญาติของสังคมไทยว่า สังคมไทยให้ความสำคัญและนับถือญาติของทั้งฝ่ายภรรยาและสามีเท่าเทียมกัน อาจจะมี ความผูกพันลึกซึ้งแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความรักใคร่ความใกล้ชิดระหว่างบุคคล แต่ ระบบเครือญาติไทยยังมีลักษณะอีกประการหนึ่ง คือ การให้ความสำคัญกับผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติ เสมือนหนึ่งญาติในระดับต่าง ๆ เช่น เรียกผู้ชายที่มีอายุรุ่นคราวพ่อว่า "พ่อ" หรือเรียก ชายที่มีอายุรุ่นเดียวกับพี่ชายพ่อว่า "ลุง" การนับถือญาติเช่นนี้เรียกว่า "ญาติขยายวงศ์ หรือญาติสมมติ" (Extend or Fictive Kinship) ซึ่งมีการใช้ภาษาเรียกเครือญาติ สมมติอยู่ทั่วไปในสังคมไทย นอกจากนี้สังคมไทยยังมีกฎเกณฑ์ในการให้ความสำคัญแก่เครือญาติไทยออกเป็น 3 แบบคือ

1. การจัดลำดับความสำคัญ ระหว่างญาติโดยสายโลหิตกับญาติโดยการแต่งงาน ในสังคมไทยให้ความสำคัญกับญาติโดยสายโลหิตมากกว่า ทั้งนี้เพราะญาติโดยสายเลือดนั้นมีความสืบทอดกันมาในทางชีวะ ทำให้เกิดความผูกพันรักใคร่อย่างแน่นแฟ้น และมีความคุ้นเคยสนิทสนมกันมาแต่เด็กๆ จึงมีความรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกันมากกว่าญาติโดยการแต่งงาน

2. แบ่งเครือญาติออกตามความสัมพันธ์หรือระยะห่างทางสังคม (Social distance) ในสังคมไทยจะให้ความสำคัญแก่ญาติที่มีระยะห่างทางสังคมจากตัวเราน้อย มากกว่าญาติที่มีระยะห่างทางสังคมจากตัวเรามาก ญาติที่มีระยะห่างทางสังคมจากตัวเราน้อยเรียกว่า "ญาติสนิท" (Close relatives) ญาติที่มีระยะห่างทางสังคมมาก เรียกว่า "ญาติห่างๆ" (distant relatives) ยิ่งเป็นญาติยิ่งห่างเท่าใด ความสำคัญในฐานะญาติก็ยิ่งลดน้อยลงเท่านั้น ในสังคมไทย ยังแบ่งลำดับญาติสนิทออกเป็น 3 ลำดับ คือ

ก. ญาติสนิทลำดับที่หนึ่ง เป็นญาติที่เราให้ความสำคัญมากที่สุดคือ บิดามารดา

และพี่น้องร่วมบิดามารดาหรือสมาชิกของครอบครัวเนื้อแท้ ซึ่งการเรียงลำดับความสำคัญจะให้ความสำคัญกับบิดามารดามากกว่าพี่น้อง บุคคล (ตัวเราหรือ Ego) จึงมีหน้าที่และสิทธิในฐานะญาติต่อพ่อแม่มากที่สุด รองลงมาเป็นข้อผูกพันและผลที่ได้ที่เราจะปฏิบัติต่อ และได้รับจากพี่น้องร่วมบิดามารดาบุคคลที่เป็นลูกจะมีหน้าที่ปฏิบัติต่อพ่อแม่ของตนเท่าเทียมกัน คือ เมื่อเป็นเด็กต้องเชื่อฟัง เคารพอ่อนน้อมต่อพ่อแม่ เมื่อโตขึ้นต้องช่วยพ่อแม่ทำงานเลี้ยงครอบครัว เมื่อพ่อแม่แก่ลงจะต้องเลี้ยงดูตอบแทนและจัดการเยียวยารักษาพ่อแม่ในยามเจ็บป่วย ส่วนสิทธิที่ลูกๆ จะได้รับจากพ่อแม่นอกจากในเรื่องการเลี้ยงดูจนเติบโตแล้ว ก็คือสิทธิในทรัพย์สินมรดกที่พ่อแม่จะแบ่งให้ ส่วนสิทธิและหน้าที่ระหว่างพี่น้องเป็นเรื่องของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะพี่คนโตมักจะได้รับการยกย่องและทำหน้าที่คล้าย ๆ กับพ่อแม่เมื่อพ่อแม่ตายจากไป

ข. ญาติสนิทสำคัญลำดับที่สองขยายวงออกไปทั้งทางตั้ง (Vertical) และทางขวาง (Horizontal) ญาติทางตั้งได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย หลานๆ ซึ่งเป็นลูกๆ ของพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน ส่วนญาติทางขวางได้แก่ ญาติที่เกิดจากการแต่งงานก็คือ "เขย" และ "สะใภ้" สิทธิและหน้าที่ที่จะพึงปฏิบัติต่อกันในญาติสนิทลำดับนี้ ส่วนมากมักจะกันไปตามหลักการเหมือนญาติสนิทลำดับที่หนึ่ง และมักจะขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพในแนวดิ่งเป็นสำคัญ คือ ญาติคนไหนมีตำแหน่งสูงกว่า (Superior position) ก็จะได้รับเคารพเชื่อฟังและเลี้ยงดูตอบแทนตามฐานะของสัมพันธภาพ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พี่เขย พี่สะใภ้ ส่วนญาติที่อยู่ในตำแหน่งที่ต่ำกว่า (Inferior position) ก็จะได้รับดูแลอบรมสั่งสอนได้รับความช่วยเหลือทางทรัพย์สินเงินทองเพื่อตั้งเนื้อตั้งตัวต่อไป เช่น น้องเขย น้องสะใภ้ และหลานๆ การจัดตำแหน่งของญาติเป็นเรื่องที่เป็นไปตามจำเป็นในทางความร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมักถืออายุเป็นเกณฑ์ในทางชีวิตเป็นเครื่องกำหนด แต่ถ้าสิทธิและหน้าที่อันพึงปฏิบัติต่อกันนี้ลดทอนลง ก็มีได้ถือว่าเป็นการฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ของสังคมในเรื่องนี้รุนแรงนัก สัมพันธภาพลำดับนี้เปิดโอกาสให้ใช้ความชอบพอส่วนบุคคลหรือบุคลิกภาพเฉพาะตนมากขึ้น

ค. ญาติสนิทลำดับที่สาม ซึ่งมีทั้งญาติทางตั้งและทางขวาง ญาติทางตั้ง ได้แก่ ทวด พี่น้องของพ่อแม่(รวมทั้งภรรยาหรือสามีและลูกๆ ของเขาด้วย) และเหลน (ลูกๆ ของหลาน) ญาติทางขวางได้แก่ พี่น้องของ "เขย" "สะใภ้" รวมทั้งลูก ๆ ของเขาด้วย ญาติสนิทลำดับที่ 3 หากจะมองอีกแง่หนึ่ง ก็พอถือได้ว่าเป็นญาติ "ห่าง ๆ" ลำดับต้นก็ได้ ญาติลำดับนี้มีสิทธิหน้าที่ต่างๆ ต่อกันโดยตรงน้อยมาก แต่ก็ยังถือว่าเป็นญาติสนิทอยู่ อย่าง

น้อยก็ถือว่าเป็นญาติมิใช่คนอื่น สัมพันธภาพระหว่างญาติลำดับนี้มักจะเป็นไปตามความสัมพันธ์ส่วนตัวของแต่ละฝ่าย

3. การจัดลำดับความสำคัญระหว่างญาติแท้ ๆ (Real relatives) กับญาติขยายวงศ์หรือญาติสมมติ (Extended or Fictive kins) ในที่นี้ญาติแท้ๆ หมายถึงญาติโดยสายเลือดและญาติที่เกิดจากการแต่งงาน แต่ญาติสมมติบางครั้งก็มีความสำคัญไม่น้อยกว่าญาติแท้ๆ เช่น ในกรณีญาติสมมติที่เกิดจากการเป็นเพื่อนร่วมน้ำสาบานหรือความเป็นเพื่อนตาย ก็อาจมีความสัมพันธ์ใกล้เคียงกับญาติสนิท หรือในกรณีญาติสมมติที่อยู่ใกล้ชิดตัวเรามากและมีอัธยาศัยดี อาจจะมีค่าสำคัญต่อตัวเราได้มากกว่าญาติแท้ๆ ที่อยู่ห่างไกล และไม่มีใครได้ติดต่อกัน เพราะเมื่อต่างคนต่างมีการพึ่งพาอาศัยกันมาก ก็อาจพัฒนาสัมพันธภาพแบบต่างตอบแทน (Recipocal Relationship) ระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น ทำให้แต่ละฝ่ายต่างก็ถือสิทธิและหน้าที่ต่อกันและกันมากขึ้น จนทำให้ญาติสมมติมีความสำคัญมากเท่าญาติแท้ ๆ

การจัดลำดับความสำคัญของญาติต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วนั้นเป็นข้อกำหนดกฎเกณฑ์ทางสังคม ซึ่งคนไทยส่วนใหญ่ย่อมจะต้องเรียนรู้จากกระบวนการทางสังคมและการอบรมทางวัฒนธรรม โดยจัดลำดับความสำคัญออกเป็น 7 ลำดับ

สำคัญลำดับหนึ่ง ได้แก่ ญาติสนิทโดยสายเลือด คือ พ่อ แม่ พี่ น้อง หรือ ญาติสนิทลำดับ ก.

สำคัญลำดับสอง ได้แก่ ญาติสนิทโดยทางสายเลือดและจากการแต่งงาน หรือ ญาติสนิทลำดับ ข. ซึ่งได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย หลานๆ นอกจากนี้ยังได้รวมครอบครัวในข้อของเพื่อนร่วมน้ำสาบานหรือเพื่อนตาย ซึ่งเป็นญาติสมมติเข้ามาอยู่ในความสำคัญลำดับนี้ด้วย

สำคัญลำดับสาม ได้แก่ ญาติสนิทโดยสายเลือดลำดับ ค. ได้แก่ ทวด พี่น้องของพ่อแม่ และเหลน

สำคัญลำดับสี่ ได้แก่ ญาติสนิทที่เกิดขึ้นจากการแต่งงานซึ่งอยู่ในลำดับ ค. เช่น เขย สะใภ้ ลูก ๆ และเขย และสะใภ้ ในลำดับนี้อาจรวมญาติสมมติซึ่งมีอัธยาศัยเข้าได้ดีเข้ามาอยู่ในความสำคัญลำดับนี้

สำคัญลำดับที่ห้า ได้แก่ ญาติสมมติที่อยู่ใกล้ชิดกัน

สำคัญลำดับที่หก ได้แก่ ญาติห่าง ๆ

สำคัญลำดับที่เจ็ด ได้แก่ ญาติสมมติที่อยู่ห่างไกลกันหรือไม่ค่อยมีกิจกรรมต่อกัน

เท่าใดนัก

อาจกล่าวได้ว่า บทบาทของเครือญาติในสังคมไทยนั้น ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของเครือญาติ ไม่ว่าจะเป็นญาติโดยสายโลหิต ญาติที่เกิดจากการแต่งงาน หรือญาติสมมติ ในภาวะที่ครอบครัวหรือเครือญาติประสบเหตุการณ์วิกฤตการณ์ความเจ็บป่วย ความรุนแรงของปัญหาและความยากง่ายในการแก้ปัญหาขึ้นอยู่กับความช่วยเหลือจากเครือญาติ บทบาทของเครือญาติแต่ละคนจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือสถานภาพ เช่น อายุ ฐานะเศรษฐกิจ ลักษณะครอบครัว เพศ บทบาทของเครือญาติที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การให้การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน สิ่งหนึ่งที่ความเป็นเครือญาติสามารถให้แก่บุคคลซึ่งเป็นญาติกัน คือ สิทธิและหน้าที่บางประการต่อกันตามความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้ง ใกล้ชิดและถาวร เครือญาติเป็นที่รวมของบุคคลที่หลายสิ่งหลายอย่างคล้ายคลึงกัน เครือญาติจึงเป็นที่พึ่งของบุคคลทั้งเบื้องต้นและบั้นปลายของชีวิต

2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

มนุษย์ในแต่ละสังคมต้องเผชิญกับโรคและความเจ็บป่วย และสมาชิกในสังคมก็มีความพยายามที่จะเยียวยาสมาชิกที่ป่วยมาโดยตลอด เพื่อให้สมาชิกอยู่ได้โดยทั้งทางกายภาพและจิตใจ มีความสมบูรณ์และสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และได้มีการแสวงหาวิธีการแก้ไขความเจ็บป่วยและป้องกันความเจ็บป่วย จนทำให้มนุษย์ได้มีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ บทบาท บรรทัดฐาน ค่านิยม อุดมการณ์ ทศนคติ จารีตประเพณี พิธีกรรม และสัญลักษณ์ สิ่งเหล่านี้ได้โยงสัมพันธ์กับในทิศทางการแก้ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย จนเกิดองค์การรวมขึ้นเป็น "ระบบการแพทย์" (Medical System) (ทวีทอง พงษ์วิวัฒน์, 2525: 245)

Twaddle and Hessler (1977: 97) ได้กล่าวถึงแนวความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยโดยพิจารณาความหมาย 3 คำ ซึ่งใช้อยู่ในชีวิตประจำวัน มีความหมายที่แตกต่างกัน คือ โรค ความเจ็บป่วย และความไม่สบาย ไว้ดังนี้

1. โรค (Disease) หมายถึง สภาวะการทำงานของอวัยวะหรือส่วนประกอบต่าง ๆ ของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงเบี่ยงเบนจากสภาวะการทำงานปกติ ทำให้กระบวนการทำงานของระบบในร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ไปจากปกติ ซึ่งสามารถวัดและสังเกตสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติได้จากอาการและอาการแสดงของโรค ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่แพทย์ใช้ในการวินิจฉัยอาการของคนไข้ การวินิจฉัยโรคของแพทย์จะ

ต้องหาสมมติฐานของโรคหรืออาการเบื้องต้นด้วย ซึ่งทางการแพทย์เชื่อว่าถ้าหาสมมติฐานของโรคได้ถูกต้องก็จะรักษาโรคอย่างได้ผล ดังนั้นแนวความคิดของแพทย์จึงเน้นเกี่ยวกับการค้นหาสาเหตุของโรคเป็นสำคัญ

2. ความเจ็บป่วย (Sickness) หมายถึง สภาวะการทำงานของร่างกายของบุคคลที่มีการเจ็บป่วย โดยไม่ใช่มีสาเหตุมาจากทางชีวภาพอย่างเดียว แต่มีสาเหตุทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ความเจ็บป่วยเป็นสภาวะทางสังคมมีความหมายทางสังคม และสังคมมีบทบาทจัดการกับความเจ็บป่วยของบุคคลและเข้ามาเกี่ยวข้องกับการยอมรับและการตีตราว่าบุคคลนั้นป่วย ดังนั้นสังคมจึงมีแบบแผนในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แตกต่างไปจากบุคคลปกติ

3. ความไม่สบาย (Illness) หมายถึง สภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีอาการที่ผิดปกติหรืออาการไม่สบาย เช่น อาการเจ็บปวด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ คลื่นไส้ วิดกกังวล ซึ่งความไม่สบายที่เกิดขึ้นอาจจะปราศจากโรคได้ เช่น อาการอ่อนเพลีย เป็นความรู้สึกที่ไม่สบายโดยที่บุคคลนั้นไม่ได้เป็นโรค

Wu, R. (อ้างถึงใน อัมพร เจริญชัย, 2534: 34) ได้กล่าวถึงความเจ็บป่วยเป็นสภาวะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสังคม โดยอธิบายว่าการเจ็บป่วยเป็นสภาวะที่บุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาท และหน้าที่ของบุคคลได้ตามปกติ ไม่สามารถทำงานได้อย่างที่เคยเป็น การเจ็บป่วยจึงมีความหมายทางสังคมโดยเห็นว่าความเจ็บป่วยเป็นสภาวะหนึ่งของบุคคล ซึ่งต้องมีบทบาทที่ได้รับการกำหนดจากสังคม และสังคมจะตั้งความคาดหวังและกำหนดแบบแผนการปฏิบัติต่อกัน บุคคลจะต้องปฏิบัติตามแบบแผนและความคาดหวังที่สังคมกำหนด สังคมมีบทบาทในการวินิจฉัยและให้การยอมรับความเจ็บป่วย เมื่อสังคมยอมรับว่าบุคคลป่วยแล้วสังคมก็จะมีแบบแผนการปฏิบัติต่อผู้ที่เจ็บป่วย ให้สิทธิงดเว้นการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทปกติ เช่น ไม่ต้องทำงาน และแสวงหาการรักษาเพื่อให้หายจากความเจ็บป่วย สังคมได้กำหนดให้บุคคล "สวมบทบาทผู้ป่วย" (Sick Role) ซึ่งผู้ป่วยจะต้องยอมรับการดูแลจากบุคคลอื่น และบุคคลอื่น ๆ จะต้องให้ความช่วยเหลือตามที่สังคมกำหนดให้แสดงบทบาทของผู้ดูแลหรือให้การรักษา

Kleinman (อ้างใน นิพัทธ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530: 95) ได้กล่าวว่า ระบบการแพทย์ของสังคมหนึ่ง ๆ เป็นระบบวัฒนธรรมหนึ่งของสังคม ซึ่งประกอบด้วยระบบต่าง ๆ 3 ระบบ คือ

1. ระบบการแพทย์ของสามัญชน (Popular Health Sector) อันเป็นระบบ

ใหญ่ที่สุด ซึ่งประกอบด้วยบุคคลและกลุ่มบุคคลต่างๆ 4 ระดับ คือ ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย เครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ ญาติ เพื่อนๆ เพื่อนฝูงที่ทำงาน และชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน

ลักษณะระบบการแพทย์สามัญชนมีความสำคัญและมีลักษณะเด่น 2 ประการคือ

1.1 เมื่อเกิดอาการผิดปกติ บุคคลหรือเครือข่ายจะเป็นบุคคลแรกที่รับรู้และตีความอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้และตีความนั้นจะเป็นไปตามระบบความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดผ่านการอบรมทางสังคม บุคคลจะมีระบบความคิด ความรู้ และความเชื่อต่อสุขภาพไม่เฉพาะแต่ในด้านความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่จะมีกรอบความเชื่อในด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วย เช่น การงดอาหารบางชนิด การออกกำลังกาย การนวด การพักผ่อน การใช้ยาแผนตะวันตก การใช้สมุนไพร เครื่องรางของขลัง ตลอดจนการสวดพิธีกรรมต่าง ๆ

1.2 ระบบความเชื่อ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน มีอิทธิพลสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ วิธีการรักษาความเจ็บป่วย ตลอดจนขั้นตอนในการรักษา คือ

1.2.1 บุคคลจะตัดสินใจเริ่มทำการรักษาความเจ็บป่วยนั้นเมื่อใด เช่น เมื่อเป็นหวัดบุคคลอาจรอดูอาการ 1-2 วัน เพื่อให้หายเอง แต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็ต้องทำการรักษา

1.2.2 บุคคลตัดสินใจทำการรักษา ก็จะตัดสินใจว่าจะทำการรักษากับใคร วิธีการใด เช่น ซื้อยากินเอง หรือไปหาผู้รักษา

1.2.3 เมื่อบุคคลตัดสินใจเลือกผู้รักษาแล้ว ระบบความรู้และความเชื่อของตัวบุคคลก็จะเป็นตัวกำหนดว่า ควรจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รักษาหรือไม่ เลือกรักษานานเท่าใด ควรจะเปลี่ยนวิธีการรักษาเมื่อใด และถ้าตัดสินใจจะเลือกผู้รักษาใหม่ บุคคลจะเลือกรักษาใหม่อย่างไร

1.2.4 เมื่อทำการรักษาตามวิธีที่ตัดสินใจแล้ว ระบบความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะให้เกณฑ์กับบุคคลในการประเมินผลการรักษานั้น ๆ

2. ระบบการแพทย์ตะวันตก (Professional Health Sector Care) เป็นระบบการแพทย์ที่ให้ความสำคัญทางด้านชีวะ วิจัยเกี่ยวกับสาเหตุโดยใช้หลักวิทยาศาสตร์ เช่น เชื้อโรคแบคทีเรีย ไวรัส แหล่งที่ให้บริการแบบการแพทย์ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล คลินิกรักษาโรค โดยบุคลากรสาธารณสุขซึ่งได้รับการอบรมจาก

สถาบันในวิชาชีพสาธารณสุข การพัฒนาระบบการแพทย์ตะวันตกเน้นความสำคัญของเชื้อโรคมากกว่าคน เน้นเหตุผลทางชีวภาพมากกว่าเหตุผลทางสังคมของความเจ็บป่วย วิธีการรักษาเป็นแบบปัจเจกบุคคลมากกว่าเงื่อนไขทางสังคม

3. ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector of Care) เป็นระบบการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นมาจากระบบความเชื่อเดิม ที่เชื่อเกี่ยวกับอำนาจสิ่งเหนือธรรมชาติ หรือความเชื่อทางไสยศาสตร์ จนเกิดสถาบันการแพทย์พื้นบ้าน แหล่งบริการสุขภาพโดยแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ หมอยาหม้อ หมอคาถา หมอน้ำมันดี หมอเป่าเสก หมอทำขวัญ แพทย์พื้นบ้านใช้วิธีการรักษาและการใช้ยาแบบโบราณ เช่น ยาสมุนไพร คาถาอาคม รวมทั้งการทำพิธีทางศาสนาเข้าร่วมกับการรักษา (สันทัต เสริมศรี, 2535: 400)

ทวีทอง ทงษ์วิวัฒน์ (2535: 246) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการรักษาพยาบาลว่า ความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยตลอดจนปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมอื่นๆ ที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดการรักษาพยาบาลของคนไข้ โดยเฉพาะสังคมไทยมีลักษณะระบบการแพทย์ทั้ง 2 ระบบ (Pluralistic Medical System) คือ มีทั้งระบบการแพทย์ตะวันตกและระบบการแพทย์พื้นบ้านในเวลาเดียวกัน โดยได้แบ่งพฤติกรรม การรักษาพยาบาลออกเป็น 2 แนวใหญ่ๆ คือ

1. การใช้บริการรักษาพยาบาล พฤติกรรมการให้บริการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น การใช้บริการโรงพยาบาล สถานีนามัย โดยมีตัวแปรด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าบริการ ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ตัวแปรด้านสังคม เช่น อายุ เพศ การศึกษา ความพอใจต่อบริการ และตัวแปรด้านอาการของโรค เช่น การรับรู้ความรุนแรงของโรค โรคเฉียบพลัน โรคเรื้อรัง

2. พฤติกรรมรักษาพยาบาลเป็นขั้นเป็นตอน (Stages of illness) เป็นการเคลื่อนจากขั้นตอนหนึ่งไปสู่อีกขั้นตอนหนึ่ง เป็นผลมาจากกระบวนการตัดสินใจในการประเมินอาการ ทาสาเหตุของโรค เลือกแหล่งรักษาที่เหมาะสม ประเมินผลของการรักษา ถ้าไม่หายจะเลือกแหล่งรักษาใหม่จนกระทั่งหายจากโรค ในกระบวนการตัดสินใจนี้สังคมผู้ใกล้ชิดคือ ครอบครัว เครือญาติ เพื่อนฝูง มีบทบาทในการตัดสินใจมาก บุคคลเหล่านี้เรียกว่า "ระบบส่งต่อ" (Lay referral system)

เบญญา ยอดดำเนิน และ กฤตยา อาชวนิจกุล (2529: 39) ได้กล่าวว่า Lay Referral System เป็นสิ่งสำคัญในสังคมที่มีลักษณะความสัมพันธ์ของเครือญาติสูง เพราะในสังคมเช่นนี้ถือว่าการเจ็บป่วยของผู้ใดคนหนึ่ง ไม่ใช่เป็นเรื่องเฉพาะตัวผู้นั้น หากแต่เป็น

เรื่องของครอบครัว ญาติ พี่น้อง และสังคมในที่สุด ฉะนั้นเครือข่ายจึงควรมีส่วนช่วยเหลือรับผิดชอบในการที่จะเลือกรับบริการรักษาแบบใด

U.A. Igun (อ้างถึงใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530:73) ได้กล่าวถึงสังคมมีพฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ประกอบด้วย 11 ขั้นตอน ซึ่งในเหตุการณ์ในแต่ละขั้นตอนอาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน และแยกไม่ออกในเวลาเดียวกัน อีกทั้งเวลาที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนอาจมีระยะเวลาที่ต่างกัน ซึ่งขั้นตอนการรักษามีดังนี้

1. ขั้นตอนการตระหนักในอาการ (Symptom experience)
2. ขั้นตอนการรักษาตนเอง (Self-treatment)
3. ขั้นตอนการสอบถามอาการผิดปกติจากบุคคลสำคัญ (Communication to significant others)
4. ขั้นตอนการประเมินผลอาการ (Assessment of Symptoms)
5. ขั้นตอนการเข้าสู่บทบาทผู้ป่วย (Assumption of the sick role)
6. ขั้นตอนการแสดงความห่วงใยจากญาติ (Expression of concern)
7. ขั้นตอนการประเมินแหล่งรักษาที่เหมาะสม (Assessment of the probable efficacy)
8. ขั้นตอนในการเลือกแหล่งรักษา (Selection of treatment plan)
9. ขั้นตอนการรักษา (Treatment)
10. ขั้นตอนการประเมินการรักษา (Assessment of the effect of treatment symptoms)
11. ขั้นตอนการกลับคืนสู่สภาพปกติและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Recovery and Rehabilitation)

การเจ็บป่วยไม่จำเป็นต้องผ่านทุกขั้นตอนเสมอไปในแต่ละสังคม บทบาทของแต่ละขั้นตอนมีความสำคัญแตกต่างกันออกไป และกระบวนการตัดสินใจมากหรือน้อยต่างกัน กล่าวคือเมื่อบุคคลเริ่มป่วยก็จะอยู่ในขั้นตอนการตระหนักอาการที่ผิดปกติก็จะทำการรักษาเอง แต่ถ้ามองเห็นว่าอาการผิดปกตินั้นคืออาการของโรคหรือการเจ็บป่วยอะไร ก็จะทำการสอบถามจากบุคคลที่สำคัญ เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน และสอบถามถึงวิธีการรักษาถูกต้องหรือไม่เพื่อประเมินอาการให้แน่ใจอีกครั้ง ในกรณีที่ทราบว่าอาการป่วยนั้นเป็นโรคอะไรก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินว่าจะทำการรักษาที่แหล่งไหนจึงจะมีคุณภาพดีที่สุด เมื่อประเมินอาการป่วยได้แล้ว สังคมก็จะยอมรับให้สู่การสวมบทบาทผู้ป่วย ในระหว่างนี้ญาติ พี่น้อง

เพื่อนบ้าน มาเยี่ยมเยียนผู้ป่วย ซึ่งแต่ละคนจะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคและแนะนำถึงแหล่งหรือวิธีการรักษาโรคที่ตนมีประสบการณ์ หรือกระทั่งอาจช่วยตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรจะไปรับการรักษาที่ใดจึงจะมีประสิทธิภาพมากที่สุด ทั้งนี้ข้อมูลในเรื่องแหล่งการรักษาต่าง ๆ จากผู้เยี่ยมเยียนมีส่วนช่วยในการตัดสินใจของผู้ป่วย ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าในการรักษาพยาบาล ต้องมีการพิจารณาถึงแหล่งวิธีการรักษาที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งบุคคลสำคัญได้แก่ เครือญาติที่มีบทบาทในการดูแลความเจ็บป่วยตามขั้นตอนต่าง ๆ

2.3 แนวความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

แนวความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายอย่าง ซึ่งมีทั้งคล้ายคลึงกันและแตกต่างกันดังนี้

Kaplan และคณะ (1977: 50) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึง ความพึงพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคล ซึ่งได้จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

Cobb (1976: 300) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง เห็นคุณค่า รวมทั้งรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมนั้น

Pilisuk (1982:20) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่เพียงแต่การช่วยเหลือด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มด้วย

Tiden and Weinert (1987: 614) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และ แรงงานที่บุคคลได้รับจากสังคม

กล่าวโดยสรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

แหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม

อุบล นิวัติชัย (2527: 285) ได้อ้างถึงความคิดของ Kaplan เกี่ยวกับการจัด

กลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural Supportive System) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภทคือ ประเภทหนึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน กับอีกประเภทหนึ่งเรียกว่า ครอบครัวใกล้ชิด (Kintih) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้านผู้รู้จักคุ้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized Support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีการรวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ซึ่งมีใช้กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือวิชาชีพ (Professional Health Care Workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการรักษาพยาบาลโดยอาชีพ

ในเรื่องของแหล่งการสนับสนุนทางสังคมนั้น Mac Elveen (1978: 326-327) มีความเห็นว่า ครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ ใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด มีการติดต่อกันบ่อยครั้ง มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนสิ่งของข้อมูลข่าวสาร และช่วยเหลือในการแก้ปัญหาและตัดสินใจซึ่งกันและกัน รองลงมาเป็นกลุ่มเพื่อน ดังนั้นในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของเครือญาติครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงกำหนดแหล่งการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคล ตั้งแต่บุคคลที่เป็นญาติโดยสายโลหิต บุคคลที่เป็นญาติจากการแต่งงาน และบุคคลที่เป็นญาติสมมติ

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

Tiden (1985:201) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ ความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

Cobb (1976: 300-301) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนได้รับความรักและการเอาใจใส่ มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้บุคคลทราบว่าตนเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Net work Support) เป็นข้อมูลที่บอกว่าบุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Weiss (1974: 23 - 24) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 6 ชนิด คือ

1. ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) เป็นความรู้สึกอบอุ่น มั่นคง ปลอดภัย มีคนรัก และเอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับไปจากคู่สมรสและเพื่อนสนิท

2. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) ทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้วยกัน

3. โอกาสในการอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น (Opportunity for nurturance) ได้แก่ การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู หรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข

4. สิ่งเสริมให้มั่นใจในคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) ได้แก่ การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและผู้ร่วมงาน

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (A Sense of reliable alliance) เป็นความรู้สึกที่ได้จากครอบครัวหรือเครือญาติ ซึ่งสมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง

6. การได้รับคำชี้แนะ (The obtaining of guider) เป็นความต้องการในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ทำให้ต้องการคำปลอบใจ คำแนะนำจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น

House (อ้างใน Tiden 1985: 201) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่องเห็นคุณค่าห่วงใยรักใคร่ และไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal Support) ได้แก่ การเห็นพ้อง รับรอง และการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองและ

เปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและแนวคิด ที่นำไปใช้ในการแก้ปัญหาได้

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ การเงิน สิ่งของ และแรงงาน (Instrumental Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงานและเวลา

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวความคิดของ Cobb Tiden และ Weiss ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ มีความผูกพัน เชื่อมกันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ในช่วงที่ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ทำให้ต้องการการปลอบใจหรือต้องการกำลังใจจากคนที่ตนศรัทธา

ในการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยย่อมมีความวิตกกังวลในอาการป่วยของตนเอง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการการการประคับประคองทางด้านอารมณ์ ต้องการความรัก การเอาใจใส่ เครือญาติผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นสบายใจ อันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ในการดำเนินชีวิตและการรักษาตนเอง ให้หายป่วย

2. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร และให้คำแนะนำ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ ในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วย

ในสภาวะการเจ็บป่วย เครือญาติผู้ป่วยจะมีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลข่าวสาร ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง หรือปฏิบัติตัวตามข้อมูลข่าวสารที่เครือญาติได้รับมา ตลอดจนการให้ข้อมูลในด้านการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล หรือเลือกสถานรักษาพยาบาล นอกจากนี้การได้รับการชี้แนะให้ปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาพยาบาล ซึ่งจะเป็นทางหนึ่ง ที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายจากอาการป่วยได้เร็วขึ้น

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงิน ทอง หรือแรงงาน

เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยย่อมไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ เช่น บทบาทการหาเงิน บทบาทการช่วยเหลือตนเอง ผู้ป่วยย่อมต้องการความช่วยเหลือด้านแรงงาน ด้านการเงิน ด้านสิ่งของ เช่น ค่าเดินทางมารักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล เครือญาติจะเป็นบุคคลที่มีส่วนให้ความช่วยเหลือในด้านการเงินสิ่งของ แรงงาน และสิ่งจำเป็นอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ป่วยลงได้

จากแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายได้ว่าการมีการสนับสนุน

ทางสังคมจากเครือข่ายติ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ให้ข้อมูลข่าวสารในการรักษาได้ ทั้งยังช่วยในการเลือกสถานบริการรักษายาบาล และช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทอง ดังนั้นปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร คำชี้แนะ และการสนับสนุนด้านสิ่งของ จึงเป็นบทบาทหนึ่งของเครือข่ายต่อการดูแลรักษายาบาล

2.4 ทฤษฎีบทบาท

ทฤษฎีบทบาท มีแนวความคิดพื้นฐานมาจาก แนวความคิดทฤษฎีการสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interactionism) ซึ่งคำว่าบทบาทมีพื้นฐานรากศัพท์จากบทบาทการแสดงละครเวที ต่อมากลุ่มนักสังคมศาสตร์และจิตวิทยา ได้พัฒนาทฤษฎีบทบาทออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มละครจิตบำบัด กลุ่มสัญลักษณ์ปฏิสัมพันธ์ และกลุ่มโครงสร้าง (รูกาญไพบูลย์, 2534: 66-67)

1. กลุ่มละครจิตบำบัด ได้นำกระบวนการกลุ่มและการแสดงบทบาท (Role Playing) ในการรักษาโดยมีหลักการสร้างสถานการณ์ที่กำหนดให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการปรับตัวกับบทบาทมากยิ่งขึ้น

2. กลุ่มสัญลักษณ์ปฏิสัมพันธ์ (Symbolic interaction) แนวคิดนี้พัฒนาโดย George Herbert Mead ที่ให้ความสำคัญความสามารถของความคิดของมนุษย์ที่จะแปลความหมายของสัญลักษณ์ และปฏิกิริยาแสดงออกในการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น โดยจะต้องมีขอบเขตที่จะปฏิบัติบทบาทนั้น ๆ

3. กลุ่มโครงสร้าง (Structural approach) แนวความคิดนี้ให้น่าบทบาทมาสัมพันธ์กับโครงสร้างทางสังคม ได้แก่ ตำแหน่ง สถานภาพ ความคาดหวังของสังคม ซึ่งความแตกต่างระหว่างสถานภาพกับบทบาทมีความแตกต่างกัน โดยสถานภาพเป็นเสมือนภาพนิ่งของบุคคลที่ครองสิทธิและหน้าที่ แต่บทบาทมีเสมือนภาพพลวัตของสถานภาพ

ดังนั้น ความแตกต่างของการให้ความหมายของบทบาท ของกลุ่มสัญลักษณ์ปฏิสัมพันธ์ จะเน้น "ความหมาย" แต่ในความหมายของบทบาทในกลุ่มโครงสร้างจะให้ความสำคัญเน้น "ความคาดหวัง" ของสังคม

คำจำกัดความ นิยาม และความหมายของบทบาท

Shaw and Costanzo (1985: 296) ให้ความหมายของคำว่าบทบาท หมายถึง

หน้าที่ของบุคคลตามตำแหน่ง (Position) ที่ขึ้นอยู่กับบริบทที่สังคมกำหนดให้

Merrill (1957: 183) ให้ความหมายว่า บทบาท คือแบบแผนของพฤติกรรมที่คาดหวัง ซึ่งผูกพันกับตำแหน่งในสังคม

Linton (1982 : 175) ให้ความหมายว่า บทบาท แสดงให้เห็นถึงลักษณะที่เป็นพลวัต (Dynamic) ของสถานการณ์แต่ละบุคคลที่ได้รับการกำหนดสถานการณ์และตรวจสอบสภาพนั้น โดยมีความสัมพันธ์กับสภาพอื่นๆ เมื่อบุคคลใช้สิทธิและหน้าที่ ซึ่งประกอบกันขึ้นเป็นสถานการณ์บุคคลนั้นกำลังกระทำบทบาท

Levinson (1964: 284-285) ได้ให้ความหมายของบทบาทไว้ 3 ประการ คือ

1. บทบาท หมายถึง บรรทัดฐาน ความคาดหวัง ข้อห้าม ความรับผิดชอบ และลักษณะอื่น ๆ ในทำนองเดียวกัน ซึ่งผูกพันอยู่กับตำแหน่งทางสังคมที่กำหนดให้ บทบาทตามความหมายนี้มุ่ง ไปถึงลักษณะหน้าที่ซึ่งควรกระทำมากกว่าตัวบุคคล

2. บทบาท หมายถึง ความเป็นไปของบุคคลผู้ดำรงตำแหน่งที่คิดและกระทำเมื่อดำรงตำแหน่งนั้น ๆ

3. บทบาท หมายถึง การกระทำของบุคคลแต่ละคนที่กระทำ โดยให้สัมพันธ์กับโครงสร้างทางสังคม หรืออาจจะกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ แนวทางอันบุคคลพึงกระทำเมื่อดำรงตำแหน่งนั้น ๆ

ชุดา จิตพิทักษ์ (2528: 16) ได้ให้ความหมายของคำว่า บทบาท หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของงานในสถานการณ์ที่ตนมีอยู่ โดยทั่วไปความหมายของบทบาทอาจพิจารณาได้ 2 ด้าน คือ ด้านโครงสร้างทางสังคม และด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

1. ด้านโครงสร้างทางสังคม ความหมายของบทบาทหมายถึงตำแหน่งทางสังคมที่มีชื่อเรียกต่าง ๆ ซึ่งแสดงลักษณะโดยคุณลักษณะและกิจกรรมของบุคคลที่ครองตำแหน่งนั้นในลักษณะเช่นนี้ บทบาทจะมีความหมายใกล้เคียงกับสถานการณ์มาก เป็นรูปการที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2533: 543) ได้กล่าวถึงโครงสร้างทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีความยืดหยุ่น เป็นระเบียบและเป็นรูปแบบของธาตุมูล (Elements) ของสังคม หรือเป็นแบบแผน (Pattern) ของพฤติกรรมสังคมที่เกิดขึ้นแล้วซ้ำเล่า ในกลุ่มนักโครงสร้างนิยม เห็นว่าบทบาทคือธาตุมูลของความสัมพันธ์เหล่านี้ แต่ในกลุ่มนักหน้าที่นิยม เห็นว่า สถาบันสังคมเป็นธาตุมูลของโครงสร้างสังคมที่บอกว่าแต่ละสถาบันมีหน้าที่เฉพาะของตนที่มีความสำคัญต่อการคงอยู่ของสังคม

Talcott Parsons (อ้างจาก Jonathan H. Turner, 1990: 53) ได้เสนอความคิดว่า การที่มนุษย์เข้าไปอยู่ในสังคม และสังคมมีการจัดระเบียบเนื่องจากสมาชิกในสังคมมีความสมัครใจที่จะเข้าไปร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร จะมีกระบวนการตัดสินใจด้วยตัวเขาเองภายใต้บรรทัดฐานและสถานการณ์ ซึ่งกระทำด้วยความสมัครใจมีองค์ประกอบดังนี้

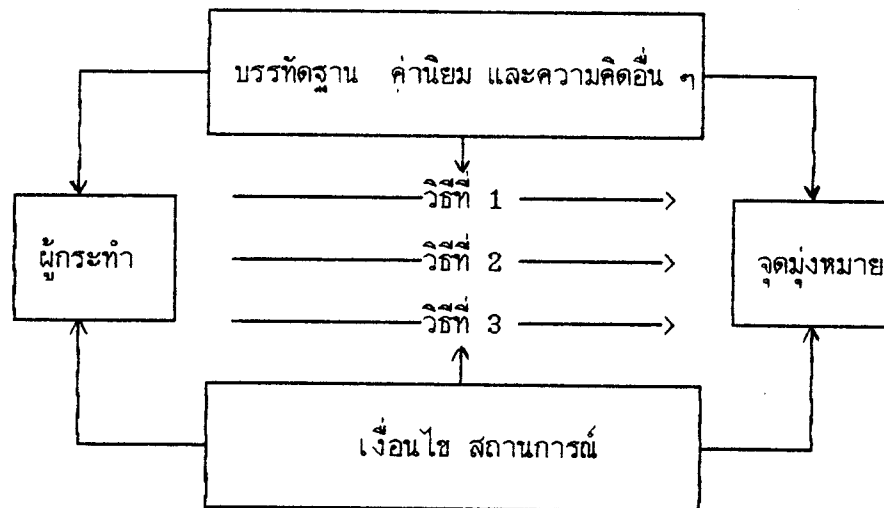
- 1) ผู้กระทำ (Actors) ซึ่งเป็นจุดสำคัญ
- 2) ผู้กระทำมีการแสวงหาเป้าหมาย (goals)
- 3) ผู้กระทำมีการเลือกวิธีที่จะนำไปสู่เป้าหมาย (means)
- 4) ผู้กระทำจะต้องพิจารณาเงื่อนไขสถานการณ์ บรรทัดฐาน ค่านิยม และความคิดอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเลือกของเป้าหมายและวิธีการ
- 5) การกระทำต้องอยู่บนพื้นฐานการตัดสินใจของผู้กระทำในการเลือกวิถีทางภายใต้เงื่อนไขสถานการณ์

การกระทำดังกล่าว Parsons เรียกว่า Unit act สามารถแสดงเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



หอสมุดกลาง
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วพ. ๕
R
ค ๑ 16



แผนภูมิที่ 2.1 หน่วยการกระทำ ของ Parsons

/ การกระทำดังกล่าวจะเกิดบูรณาการเป็นระบบสังคม (Social system) โดยมีหน้าที่ 2 ประการ คือ

- 1) ในระบบสังคมต้องมีผู้กระทำมีแรงจูงใจเพียงพอที่จะกระทำตามสถานการณ์และบทบาทของตน
- 2) ในระบบสังคมต้องพยายามหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน และความขัดแย้งจากสังคม

ระบบสังคมนั้นมีโครงสร้างและกระบวนการที่สำคัญ ทำให้ระบบสังคมเกิดขึ้นอย่างมีระเบียบจนกลายเป็นสถาบัน (Institutionalization) หรือการที่บุคคลมีบทบาทต่างๆ เนื่องจากบรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเป็นค่านิยมและความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ได้แทรกซึมอยู่ภายในระบบบุคลิกภาพของบุคคลอย่างสม่ำเสมอและเป็นเวลานาน และระบบสังคมที่สามารถรักษาระบบไว้ได้นั้นจะทำหน้าที่สำคัญ 4 ประการ คือ

- 1) ระบบสังคมจะต้องมีวัตถุประสงค์และดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ (Goal Attainment) เพื่อความอยู่รอดแห่งสังคม สมาชิกจะต้องมีการถ่ายทอดวัตถุประสงค์ไปสู่สมาชิกในสังคม มีการดำเนินการ มีการควบคุม ที่จะทำให้สมาชิกได้ปฏิบัติไปสู่วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของสังคม สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่นี้ได้แก่ สถาบันครอบครัว

- 2) ระบบสังคมจะต้องมีการปรับตัว (Adaptation) สมาชิกในสังคมมีความสัมพันธ์และกระทำระหว่างกันนั้นจำเป็นต้องหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของสังคม สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่นี้ได้แก่ สถาบันเศรษฐกิจ

3) ระบบสังคมจะต้องมีการบูรณาการ(Integration) เพื่อสร้างความเข้าใจในระบบ ช่วยการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่จุดหมายของสังคมและป้องกันภาวะความตึงเครียด ได้แก่ สถาบันการเมืองปกครอง

4) ระบบสังคมต้องมีการจัดการกับความตึงเครียด (Latency) ภายในระบบสังคมจะต้องแก้ไขหรือจัดการกับความตึงเครียดจากบุคคล กลุ่มคน สถาบันหรือชุมชน เช่น สถาบันศาสนา

อาจกล่าวได้ว่า Parsons มองว่าระบบสังคมประกอบด้วยสถาบันต่างๆ ครอบคลุมนับเป็นสถาบันพื้นฐานสำคัญต่อสมาชิกในสังคมที่จะถ่ายทอดบุคลิกภาพ อบรมสั่งสอน จนมีสภาวะเปลี่ยนเป็นสถาบันขึ้น และยังเห็นว่าการกระทำของบุคคลในสังคมจะต้องมีลักษณะการสมัครใจ ต้องการที่จะกระทำเพื่อบังคับไปสู่จุดหมายด้วยวิธีต่างๆ ภายใต้ความเชื่อ ค่านิยม เป็นแนวทางไปสู่เป้าหมายนั้น นอกจากนี้สถานการณ์ก็จะเปลี่ยนเป็นเครื่องชี้ว่าผู้กระทำจะมีพฤติกรรมอย่างไร และบทบาทสถานภาพของบุคคลต่างๆ ได้กระทำต่อกันจนเป็นระบบสังคม

2. ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) ความหมายของบทบาทเป็นผลเนื่องมาจากการกระทำอย่างมีแบบแผน โดยผ่านการเรียนรู้มาก่อนว่าในสถานการณ์ชนิดใดตนควรจะต้องประพฤติอย่างไร ในลักษณะเช่นนี้คือ ความคาดหวัง(Expectation) ที่บุคคลอื่นคาดหวังว่า บุคคลในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งควรจะทำ หรือแสดงพฤติกรรมอย่างไรอย่างหนึ่งออกมาในสถานการณ์หนึ่ง บทบาทจึงมีคู่กับตำแหน่งทางสังคมเสมอ

George Herbert Mead (อ้างถึงใน Turner, 1982: 312-317) ได้เสนอว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลในสังคมนั้น อยู่ที่การมีและการใช้ความหมาย โดยใช้สัญลักษณ์ร่วมกัน มนุษย์กับสังคมมีความสัมพันธ์กัน ต้องพึ่งพากันเพื่อความอยู่รอดทั้งสองฝ่าย ดังนั้นกระบวนการของการกระทำระหว่างกัน (Social Interaction) จึงมีความสำคัญมาก ซึ่งการกระทำระหว่างกันจะต้องมีความตั้งใจในตัวบุคคลหนึ่งๆ ประกอบด้วย I กับ Me เพื่อกระทำต่อคนอื่น

I เป็นความต้องการเฉพาะตัวที่ฝังอยู่ในลักษณะทางชีวภาพ และมีอิสระในตนเอง

Me เป็นความคิดของบุคคลว่าตนเองควรมีพฤติกรรมอย่างไร ประกอบด้วยทัศนคติทั้งของตนเองและบุคคลอื่นซึ่งตนเองเข้าใจหรือคาดหวังบทบาท ค่านิยมในสังคม

การที่บุคคลใดจะแสดงบทบาทอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับว่า I กับ Me จะมีฝ่ายใดมากกว่ากัน ซึ่งกระบวนการแสดงออกจะผ่านกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมส่วนหนึ่ง และอีกส่วนหนึ่งจะได้อาจมาจากการติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่น นอกจากนี้ Mead (อ้างใน ถวิล ธรรมาวิโชชน์,

2534 : 33) ยังได้กล่าวถึงพฤติกรรมของบทบาทว่า การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะกระทำต่ออีกบุคคลหนึ่งจะต้องมีขอบเขตที่จะปฏิบัตินั้นๆ การแสดงบทบาทของบุคคลไม่ว่าบทบาทใดๆ นั้นประกอบด้วยลักษณะดังนี้

1. ต้องเป็นแบบหรือลักษณะเฉพาะของตนเอง
2. พฤติกรรมในสถานการณ์ที่กำหนดนั้นจะต้องพอเหมาะกับลักษณะเฉพาะของตน
3. ภูมิหลังของการกระทำที่เกี่ยวข้องกับสิ่งอื่น ๆ จะเป็นตัวช่วยชี้แนวทางในการกระทำที่จะเกิดขึ้น
4. ในลักษณะบทบาทนั้น ๆ จะต้องมีการประเมินผลด้วยตนเองและผู้อื่น

อาจกล่าวได้ว่า บทบาทในความหมายด้านการกระทำต่อกันนับเป็นบทบาทเนื่องมาจากปฏิกิริยาหรือการตอบโต้ของกระบวนการที่บุคคลต่างๆ ได้แปลความหมาย ให้ความหมายตามเนื้อหาสาระที่บุคคลได้กระทำต่อกัน การแสดงบทบาทจึงมีลักษณะเป็นกระบวนการมากกว่าโครงสร้าง

จากความหมายของคำว่าบทบาทที่กล่าวมาแล้ว การวิจัยครั้งนี้ได้นิยามความหมายคำว่า บทบาท หมายถึงการกระทำที่เป็นแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่ดำรงตามตำแหน่งอยู่ในสังคมมีความเกี่ยวเนื่องกับ บรรทัดฐาน ความเชื่อ และการรับรู้โดยมีสิทธิและหน้าที่ตามตำแหน่งทางสังคมที่สังคมคาดหวังไว้

แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท

Broom and Selznick (1977: 36) ได้กล่าวถึงบทบาทว่าประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ 3 ประการดังนี้

1. บทบาทในอุดมคติหรือสิ่งที่สังคมกำหนดไว้ (Ideal Role or The Socially Prescribed) เป็นบทบาทในอุดมคติที่มีการกำหนดสิทธิหน้าที่ตามตำแหน่งของสังคมไว้
2. บทบาทที่ควรกระทำ (The Percieved Role) เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควรกระทำตามตำแหน่งที่ได้รับ ซึ่งอาจจะไม่เหมือนกับบทบาทในอุดมคติและอาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล
3. บทบาทที่กระทำจริง (The Performed Role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำไปจริง ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ของแต่ละบุคคล

Horton (1965: 100) ได้อธิบายว่าบทบาทเกิดจากการสังคมนิเทศ (Socialization) ซึ่งบทบาทนำไปสู่ลักษณะ 2 ประการ คือ

1. ต้องเรียนรู้เพื่อปฏิบัติตามหน้าที่และตามสิทธิพิเศษของบทบาท

2. ต้องได้รับทัศนคติ ความรู้สึก และความคาดหวัง ที่เหมาะสมกับบทบาท ซึ่ง Horton ได้ให้ความสำคัญประการที่ 2 มากกว่าประการแรก

Allport (1953: 514) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการแสดงบทบาทของบุคคลว่าขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการ ดังนี้

1. ความคาดหวังในบทบาท (Role Expectation) เป็นบทบาทตามความคาดหวังของบุคคลอื่น หรือเป็นบทบาทที่สถาบันองค์กรหรือกลุ่มสังคมคาดหวังให้บุคคลปฏิบัติตาม สิทธิหน้าที่ที่บุคคลนั้นครองตำแหน่งอยู่

2. การรับรู้บทบาท (Role Conception) เป็นการรับรู้ในบทบาทของตนเองว่าควรจะมีบทบาทอย่างไร และสามารถจะมองเห็นบทบาทของตนเองได้จากการรับรู้ (Perceived Role) ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความต้องการของบุคคลนั้นเอง โดยการรับรู้ในบทบาทและความต้องการของบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ตลอดจนเป้าหมายในชีวิตและค่านิยมของบุคคลที่สวมบทบาทนั้น

3. การยอมรับบทบาทของบุคคล (Role Acceptance) ซึ่งเกิดขึ้นได้เมื่อมีความสอดคล้องกันของบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและบทบาทที่ตนเองรับรู้อยู่ บุคคลสามารถที่จะหลีกเลี่ยงบทบาทนั้นถ้ามีความขัดแย้งกับความต้องการหรือค่านิยมของบุคคลนั้น

4. การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล (Role Performance) เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพแสดงจริง (Actual Role) ซึ่งอาจจะเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวังหรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้ และตามคาดหวังของตนเอง การที่บุคคลจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับ การยอมรับบทบาทนั้น ๆ ของบุคคลที่ครองตำแหน่งอยู่ ซึ่งเนื่องมาจากความสอดคล้องกันของบทบาท ตามความคาดหวังของสังคม และการรับรู้บทบาทของตนเอง

Deutsch and Krauss (อ้างใน ถวิล ธาราโกชน์, 2532: 37-38) ได้กล่าวถึงแบบของบทบาท (Type of Roles) แบ่งออกเป็น 4 แบบ คือ

1. บทบาททางเพศ (Sex Role) บทบาทนี้เป็นบทบาทสำคัญ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง จะต้องอบรมสั่งสอนให้ลูกหลานของตนแสดงบทบาทอยู่ในขอบเขต อยู่ในขนบธรรมเนียม ประเพณีอันดีงามของสังคม

2. บทบาทความเกี่ยวพันทางเครือญาติ (Kinship Role) คนเราเมื่อเกิดมาจะได้สถานภาพในสังคมแล้วยังได้สถานภาพครอบครัวอีกด้วย เช่น เมื่อเด็กจะมีสถานภาพเป็นบุตร ก็ต้องแสดงบทบาทของการเป็นบุตร โดยการเคารพเชื่อฟังบิดามารดาปู่ย่าตายาย

แต่ต่อมาเมื่อเป็นผู้ใหญ่อาจได้รับสถานะภาพให้ดูแลครอบครัว เพราะพ่อแม่ชราภาพมากแล้ว และเขาก็ต้องแสดงบทบาทเป็นผู้นำของครอบครัว ให้การดูแลรักษาพ่อแม่ นอกจากนี้อาจจะแสดงบทบาทที่เกี่ยวพันกับญาติคนอื่น ๆ อีกด้วย

ในสังคมของไทยเรา การแสดงบทบาทความเกี่ยวพันทางเครือญาตินับว่ามีความสำคัญไม่น้อย เด็กต้องเคารพผู้ใหญ่ เชื่อฟังคำสั่งสอนของญาติพี่น้อง จึงจะถือว่าเป็นคนดีมีศีลธรรม และจะมีความเจริญก้าวหน้าต่อไปในอนาคต แต่ถ้าเด็กไม่เคารพเชื่อฟังผู้ใหญ่จะถือว่าเป็นคนไม่ดี ซึ่งอันนี้เป็นความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทความเกี่ยวพันทางเครือญาติของสังคมไทย

3. บทบาททางสังคม (Social Roles) เป็นบทบาทหรือหน้าที่ที่สังคมกำหนดให้บุคคลในสถานภาพต่าง ๆ ได้ยึดถือเป็นแนวปฏิบัติหรือคาดหวังว่าจะปฏิบัติ (Expectation) โดยมีบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม (Culture Norms) เป็นเกณฑ์ตัดสิน ฉะนั้นเมื่อบุคคลจะมีการเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน ทุกคนจะได้เรียนรู้และปฏิบัติตามบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม แต่ถ้ามีคนเดียวคนหนึ่ง ไม่ปฏิบัติตาม ก็จะต้องมีการบังคับหรือลงโทษเพื่อความสงบสุขของสังคมส่วนใหญ่ต่อไป

4. บทบาททางอาชีพ (Occupational Roles) เป็นบทบาทหนึ่งที่สถานภาพได้กำหนดให้ ซึ่งเมื่อถึงเวลาหนึ่งทุกคนจะต้องแสดงบทบาทอันนั้นและจะต้องแสดงไปเกือบตลอดช่วงชีวิต การแสดงบทบาททางอาชีพนับได้ว่าเป็นบทบาทที่สำคัญที่สุดที่ทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้และจะอยู่ได้อย่างมีความสุข ผู้แสดงบทบาทจะต้องคำนึงถึงขอบเขตและหลักการสำคัญของอาชีพนั้นว่ากำหนดให้แสดงบทบาทไว้อย่างไร

วุฒิเลิศ เทวกุล, ม.ร.ว. (2534: 76) ได้กล่าวว่านอกจากบุคคลจะแสดงบทบาทของตนตามสถานภาพแล้ว ยังมีบทบาทของกลุ่มและบทบาทของสถาบัน ซึ่งนับว่ามีความสำคัญเช่นกัน โดยปกติบทบาทของบุคคลมักจะเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ เช่น คนที่เป็นแพทย์ก็จะได้รับการคาดหวังว่า จะต้องทำหน้าที่ดูแลเอาใจใส่คนไข้ ให้การรักษาพยาบาลอย่างเต็มความสามารถ แต่ในขณะเดียวกันบุคคลที่เป็นแพทย์ก็มีสิทธิที่จะคาดหวังว่าคนไข้จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ส่วนบทบาทกลุ่มก็มีความสำคัญโดยเฉพาะบทบาทในการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งนับว่ามีความสำคัญต่อชีวิตประจำวันมาก บทบาทของกลุ่มอาจช่วยกระตุ้นเร้าใจให้แก้ปัญหาได้

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า บุคคลจะแสดงบทบาทตามฐานะตำแหน่งในสังคม บุคคลจะแสดงบทบาทได้ตามการรับรู้และคาดหวังว่าตนควรจะแสดง

การศึกษา^{นี้}ใช้แนวความคิดของ Allport และ Broom and Selznick ดังนี้

1. ความคาดหวังในบทบาท (Role Expectation) เป็นความคาดหวังของสังคมต่อเครือญาติที่จะปฏิบัติตามหน้าที่ที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีความคาดหวังในบทบาทของเครือญาติว่าจะต้องดูแล และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย แพทย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความคาดหวังในบทบาทจากเครือญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย และการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ในขณะเดียวกันเครือญาติก็มีความคาดหวังในบทบาทของแพทย์พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย และการให้คำแนะนำต่าง ๆ ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล

2. การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล (Role Performance) การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือกระทำหน้าที่ตามฐานะตำแหน่งนั้น จะต้องอาศัยองค์ประกอบด้านความคาดหวังของสังคมต่อบทบาท การรับรู้บทบาท การเข้าใจบทบาท เกิดการยอมรับบทบาท จึงจะนำไปสู่บทบาทที่จะปฏิบัติอย่างแท้จริง เช่น บทบาทของเครือญาติในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย เป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน นอกจากนี้เครือญาติได้ปฏิบัติตามบทบาทในด้านการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในขณะเดียวกันแพทย์พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามหน้าที่อย่างใกล้ชิดและดีที่สุด และให้การสนับสนุนเครือญาติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว

2.5 ทฤษฎีการตัดสินใจ

บุญเติม พันรอบ (ม.ป.ป.: 125) ให้ความหมายของการตัดสินใจคือทางเลือกทางเดียวในทางเลือกสองทางหรือมากกว่าสองทาง อีกความหมายหนึ่งก็คือเป็นกระบวนการคิด ขบวนการซึ่งใจ และการคิดวิเคราะห์หาเหตุผล เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจ

สุภาพ จัตรารักษ์ (2525:60) ได้กล่าวถึงการตัดสินใจเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยกิจกรรมซึ่งมีผลจากการเลือกทางเลือกหรือข้อผูกมัด กระบวนการนี้บางครั้งสั้นบางครั้งยาว แต่ผลของการกระทำดังกล่าวจะเป็นที่ยอมรับว่าเป็นการตัดสินใจที่แท้จริง ก็ต่อเมื่อมีหลักฐานแน่นอนว่าได้ตรึงตรองก่อน นอกจากนี้ยังได้อธิบายถึงความหมายของทางเลือกว่าทางเลือกแต่ละทางสามารถตอบสนอง วัตถุประสงค์ได้ในระดับที่ต่างกันและมีผลต่างกันตามสถานการณ์ โดยแปรลักษณะสถานการณ์การตัดสินใจมี 3 ลักษณะ คือ

1. การตัดสินใจตามความสอดคล้อง (Consensual decision making) ต้องอาศัยการสื่อความหมาย เช่น การที่สมาชิกครอบครัวยุติกันเห็นด้วยและรู้สึกยอมรับข้อผูกพันในการตัดสินใจเท่าๆกัน การสื่อความหมายจะอยู่ในลักษณะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย อาจจะมีข้อขัดแย้งกับตัวเลือกหรือทางเลือก โดยเฉพาะการจัดแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัว สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จึงเห็นพ้องต้องกันว่าทุกคนจะทำหน้าที่ของตน

2. การตัดสินใจตามความเหมาะสม (Accommodation) ความเห็นด้วยกับข้อตกลงมาจากการยอมรับความต้องการของบุคคล ผู้นำ หรือผู้มีบทบาท หรือผู้มีอำนาจในครอบครัว เมื่อไม่สามารถนำความคิดต่าง ๆ มาปรองดองกันได้ สิ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจแบบนี้คือข้อผูกพันหรือข้อผูกมัดอาจจะมีเงื่อนไข และผู้มีอำนาจในครอบครัวมีอำนาจตัดสินใจมากที่สุด

3. การตัดสินใจตามความเป็นจริง (Defacto) มักจะเกิดจากการขาดประสิทธิภาพในการพิจารณาหรือการสื่อความหมายของตัวเลือก เป็นการตัดสินใจตามความเป็นจริงก็จะเกิดขึ้น

Reeder (1971:1-7) ได้กล่าวถึงการตัดสินใจว่าบุคคลจะตัดสินใจเลือกพฤติกรรมทางสังคมนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อหรือไม่เชื่อ (Beliefs or Disbeliefs) และปัจจัยในการตัดสินใจเกิดจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งมีได้จำกัดอยู่เพียงปัจจัยหนึ่งปัจจัยเดียว ปัจจัยที่ทำให้เกิดการตัดสินใจได้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของปัจจัยดังต่อไปนี้ ปัจจัยหลักและปัจจัยสนับสนุน ดังนี้

ปัจจัยดังต่อไปนี้ (Reel factors) ซึ่งประกอบด้วย

1. เป้าประสงค์ (Goals) หมายถึง การที่บุคคลจะกระทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่งจะต้องมีการกำหนดเป้าหมาย โดยบุคคลจะมีวิธีการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อที่จะถึงเป้าหมายและหลีกเลี่ยงเป้าหมายที่ไม่ต้องการ หรือบุคคลอาจใช้เครื่องมือที่จะนำไปสู่เป้าหมาย เช่น กิจกรรม วัตถุ คุณลักษณะ ความเชื่อ ความรู้

2. ความเชื่อ (Belief orientation) บุคคลที่มีการรับรู้หรือความไม่เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตและปัจจุบัน หรือการได้รับการบอกเล่า จะทำให้เกิดความเชื่อ ซึ่งความเชื่อจะมีบทบาทต่อการตัดสินใจของบุคคลที่จะเลือกการกระทำทางสังคม

3. ค่านิยม (Value Standard) ค่านิยมเป็นสิ่งที่บุคคลกระทำทางสังคม โดยการแสดงออกทางทัศนคติและพฤติกรรม ซึ่งบุคคลพยายามที่จะกระทำทางสังคมให้สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม ดังนั้นค่านิยมจึงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลต่อการเลือกการ

กระทำทางสังคม

4. นิสัยและขนบธรรมเนียมประเพณี (Habit and Customs) เป็นแบบอย่างของพฤติกรรมที่สังคมกำหนดไว้ และปฏิบัติสืบทอดกันมาจนเป็นประเพณี และสังคมจะมีการลงโทษด้วยการไม่เห็นชอบด้วยกับบุคคลที่ไม่ปฏิบัติตามประเพณี ดังนั้นประเพณีก็จะมีบทบาทต่อให้บุคคลในสังคมนั้นเลือกกระทำทางสังคม

ปัจจัยผลักดัน (Push Factors) ประกอบด้วย

5. ความคาดหวัง (Expectation) เป็นความคาดหวังของบุคคลที่ดำรงตำแหน่งนั้น ๆ ว่า ควรจะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ออกมาอย่างไร ภายใต้สถานการณ์นั้น ความรู้สึกหรือประเพณีปฏิบัติในสิ่งที่ผู้อื่นต้องการ ดังนั้นความคาดหวังจึงมีอิทธิพลต่อบุคคลในการตัดสินใจเลือกการกระทำทางสังคม

6. ข้อผูกมัด (Commitments) บุคคลจะมีข้อผูกมัดที่จะต้องกระทำให้สอดคล้องกับสถานการณ์นั้นๆ หรือบุคคลจะต้องทำตามสัญญาที่ให้ไว้กับคนอื่นจนทำให้บางครั้งบุคคลไม่สามารถเลือกกระทำทางสังคมอย่างมีอิสระได้ ดังนั้นข้อผูกมัดจึงมีอิทธิพลต่อบุคคลในการตัดสินใจเลือกการกระทำทางสังคม

7. การบังคับ (Force) การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่มีทางเลือกอื่นๆ เนื่องจากที่กฎเกณฑ์บังคับ การบังคับใดๆ ก็ตามที่เป็นส่วนกำหนดให้บุคคลต้องปฏิบัติตามข้อบังคับนั้น ทำให้บุคคลต้องเลือกตัดสินใจเพราะการบังคับ ดังนั้นการบังคับจึงเป็นส่วนที่ทำให้บุคคลในสังคมนั้นต้องเลือกการกระทำทางสังคม

ปัจจัยสนับสนุน (Able Factors) ประกอบด้วย

8. โอกาส (Opportunity) การที่บุคคลจะกระทำทางสังคมได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับโอกาสในสถานการณ์นั้น หรือเปิดโอกาสให้เลือกกระทำในสังคม หรือมีโอกาสร่วมการกระทำทางสังคม ดังนั้นโอกาสจึงมีส่วนทำให้บุคคลในสังคมนั้นเลือกการกระทำทางสังคม

9. ความสามารถ (Ability) การที่บุคคลจะกระทำทางสังคมนั้นขึ้นอยู่กับขีดความสามารถ และการที่จะบรรลุความสำเร็จนั้นก็ขึ้นอยู่กับความสามารถและศักยภาพในสถานการณ์นั้น การที่จะกระทำใดๆ ก็ต้องคำนึงถึงความสามารถว่าทำได้หรือไม่ ดังนั้นความสามารถจึงเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาในการตัดสินใจ

10. การสนับสนุน (Support) บุคคลจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง บางครั้งจะต้องได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนไม่ว่าด้านใดๆ ก็ตาม แต่ถ้าบุคคลได้รับการสนับสนุนที่ดี

จะทำให้บุคคลสามารถที่จะเลือกการกระทำในสังคมได้ แต่ถ้าขาดการสนับสนุนบุคคลก็อาจจะไม่เลือกการกระทำนั้น ดังนั้นการสนับสนุนจึงมีอิทธิพลสำคัญในการตัดสินใจ

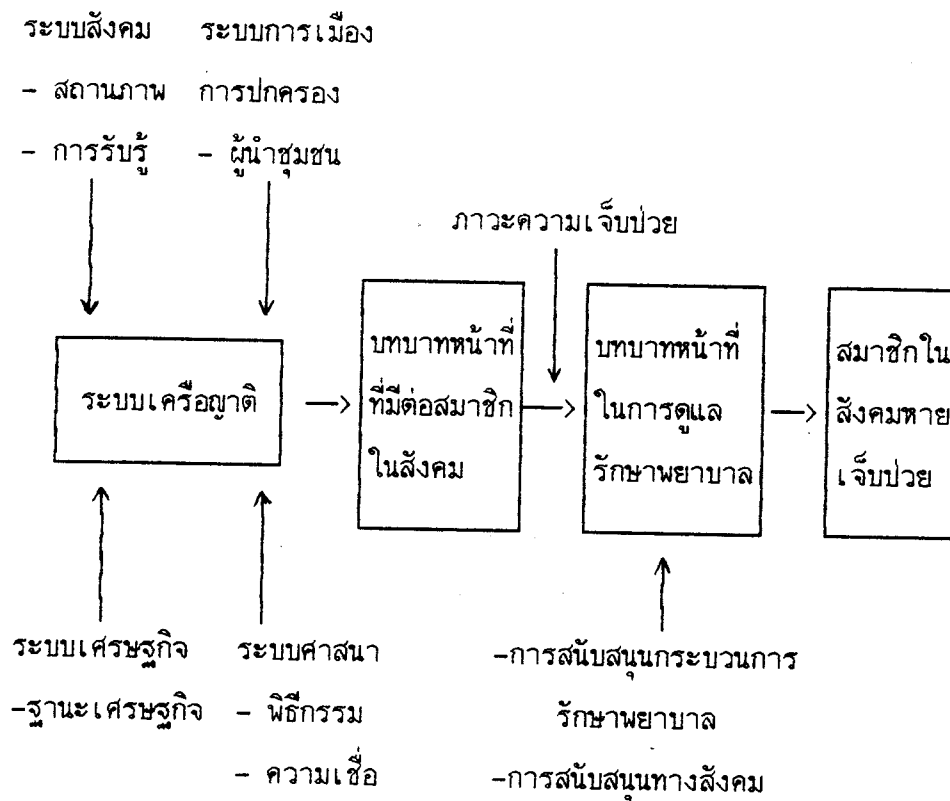
จากปัจจัยทั้ง 10 ประการดังกล่าว เป็นกลุ่มของเหตุผลที่มีอิทธิพลต่อการกระทำของมนุษย์ การที่บุคคลจะกระทำการใดสิ่งหนึ่งย่อมมีเหตุผลแอบแฝงอยู่ ซึ่งกลุ่มเหตุผลหลายๆ ประการนี้ จะมีส่วนกำหนดในการตัดสินใจเลือกการกระทำทางสังคม และ Reeder ยังได้กล่าวถึงปัจจัยหรือสาเหตุที่มีผลต่อการกระทำทางสังคมว่า

1. ในสถานการณ์ของการกระทำทางสังคม จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลหลายบุคคล ซึ่งแต่ละคนก็จะมีเหตุผลแต่ละอย่างในการตัดสินใจว่าจะกระทำหรือไม่กระทำ
2. บุคคลหรือองค์การ จะตัดสินใจแสดงการกระทำบนพื้นฐานของกลุ่มเหตุผล ซึ่งอาจจะสอดคล้องหรือตรงกับความต้องการในสถานการณ์นั้นๆ
3. ในการตัดสินใจจะต้องตระหนักถึงสาเหตุและเหตุผล หรือการให้น้ำหนักกับความสำคัญของเหตุผล ในบางครั้งเหตุผลจะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ และในบางครั้งเหตุผลจะต่อต้านหรือขัดแย้งกับการตัดสินใจ ดังนั้นการพิจารณาเหตุผลจึงมีความสำคัญ
4. เหตุผลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจนั้น อาจจะเป็นเหตุผลใดเหตุผลหนึ่งของจำนวนเหตุผลหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระทำ 10 ประการที่กล่าวมา
5. แต่เหตุผลต่อการกระทำนั้นไม่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน
6. เหตุผลต่อการกระทำอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์
7. กลุ่มของเหตุผลในบางสถานการณ์อาจจะมีทางเลือกได้มากกว่าหนึ่งทาง เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการภายใต้สถานการณ์นั้น
8. ในสถานการณ์เดียวกัน บุคคลอาจจะเลือกทางใดทางหนึ่งที่แตกต่างกันได้
9. ผลของการตัดสินใจ สามารถมองเห็นทางเลือกที่ถูกเลือกแล้ว

ในการเลือกวิธีการรักษาหรือแหล่งรักษานั้น ซึ่งเป็นการเลือกการกระทำทางสังคมนั้น บทบาทในการตัดสินใจให้ผู้ป่วย อาจจะเป็นเพียงบุคคลในระดับครอบครัว ระดับเครือญาติ และเพื่อนๆ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งเป็นกระบวนการทางสังคมที่มีบุคคลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้อง Zola (อ้างถึงใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530: 145) ได้ย้มาถึงบุคคลสำคัญ (Significant other) ว่าเป็นกลไกสำคัญในการตัดสินใจของบุคคลที่จะเลือกแหล่งการรักษา กล่าวคือ พ่อแม่ต้องทำหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของเด็ก และผู้ป่วยผู้ใหญ่จะต้องพึ่งพาความช่วยเหลือและคำแนะนำทางเลือกในการรักษา เครือญาติที่อยู่ในเหตุการณ์อาจช่วยตัดสินใจให้ได้ การเลือกรับบริการจากแหล่งใด

สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม การรู้จักแหล่งบริการ ความรู้อาการเจ็บป่วยความเชื่อในวิธีการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และอาการที่รุนแรงของความเจ็บป่วย ตลอดจนความสบายใจในการรักษา มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกันในกระบวนการตัดสินใจทั้งสิ้น

จากแนวความคิดและทฤษฎีดังกล่าวมาแล้วนั้น จะเห็นว่า สังคมมนุษย์ประกอบด้วยระบบต่างๆ เช่น ระบบสังคม ระบบเศรษฐกิจ ระบบการเมือง และระบบอื่นๆ ซึ่งในแต่ละระบบจะมีบทบาทหน้าที่ต่อสังคมและโครงสร้างที่สัมพันธ์ด้วยกัน ระบบเครือญาติก็เป็นระบบหนึ่งในสังคมที่มีบทบาทและหน้าที่ต่อสังคม และมีบทบาทสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ ในสังคมด้วย ไม่ว่าจะเป็นระบบสังคม ระบบเศรษฐกิจ ระบบการเมือง ระบบศาสนา และระบบความเชื่อด้วย ฉะนั้นระบบเครือญาติจึงเป็นกลุ่มที่พบได้ในทุกสังคม ในบางสังคมที่ไม่ซับซ้อนกลุ่มเครือญาติจึงถูกใช้เป็นภาระกิจของสังคมทุกด้าน เช่น ในด้านเศรษฐกิจ การเมือง และศาสนา ตำแหน่งในทางการบริหารปกครองชุมชนจะขึ้นอยู่กับสถานภาพในกลุ่มเครือญาติได้แก่ ผู้ที่เป็นผู้ใหญ่ที่สุดของกลุ่ม พระผู้นำชุมชนทางจิตวิญญาณ และลงโทษผู้ที่ประพฤติออกนอกขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชน นอกจากนี้ระบบเครือญาติยังทำหน้าที่ให้ทุกระบบในสังคมอยู่ได้ ระบบเครือญาติสามารถควบคุมให้สมาชิกไปสู่เป้าหมายของสังคมได้ โดยผ่านกระบวนการหล่อหลอมทางสังคม ระบบเครือญาติยังเกี่ยวข้องกับระบบเศรษฐกิจที่จะช่วยเหลือให้สมาชิกมีการปรับตัวและยังเกี่ยวข้องกับระบบการเมืองการปกครอง นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับระบบศาสนาเพื่อลดความตึงเครียดให้กับสังคม ในภาวะที่มีความเจ็บป่วยถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของสังคม ระบบเครือญาติจะให้การวินิจฉัยและยอมให้ผู้ป่วยเข้าสู่บทบาทผู้ป่วย และยังทำหน้าที่ให้การดูแลความเจ็บป่วย เพื่อให้สมาชิกที่เจ็บป่วยหายเป็นปกติ เป็นการรักษาให้สังคมอยู่ในภาวะสมดุลย์ ความสัมพันธ์ระบบเครือญาติต่อระบบอื่นๆ และบทบาทหน้าที่ในการดูแลรักษาพยาบาลอาจเขียนเป็นแผนภาพได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 2.2 ความสัมพันธ์ระบบเครือญาติกับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องบทบาทของเครือญาติต่อการดูแลความเจ็บป่วยยังไม่ปรากฏว่ามีผู้ใดทำการศึกษาวิจัยเรื่องนี้โดยตรง นอกจากนี้มีงานวิจัยในลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่างานวิจัยเหล่านี้เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้า จึงได้นำงานวิจัยเหล่านี้มาเป็นแนวกรอบความคิดในการศึกษาด้วย

เกล และคนอื่น (Kail, et al 1989: 261-281) ได้รายงานการศึกษาของ Litwak's เกี่ยวกับทฤษฎีโครงสร้างของกลุ่ม และทำความเข้าใจกับกลุ่มปฐมภูมิ เช่น ครอบครัว เครือญาติ และเพื่อนบ้าน ที่จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามการรักษาทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครือญาติจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับยาอย่างถูกต้องในระยะยาว และจะเป็นบุคคลที่จะช่วยสร้างความเข้าใจและยอมรับให้เกิดขึ้น ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุกับแพทย์ได้

จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ และคณะ (2536: 33-32) ได้วิจัยเรื่องการสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผลจากการวิจัยพบว่าเครือญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง มีอายุระหว่าง 26 - 45 ปี อาชีพเกษตรกรรม จบการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร สามีภรรยาและเป็นบิดามารดา ความต้องการรายชื่อที่ญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุด คือ ความรู้สึกว่าเขาหน้าหน้าโรงพยาบาลสนใจดูแลผู้ป่วย ต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลมากที่สุด ส่วนความต้องการรายด้านที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุดคือความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย และความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อศึกษาเปรียบเทียบญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่การรักษาในหอผู้ป่วยสามัญกับหอผู้ป่วยหนัก พบว่าความต้องการของญาติผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกัน และญาติที่ตอบสนองความต้องการของญาติได้มากที่สุดคือพยาบาล รองลงมาคือแพทย์ จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าทั้งผู้ป่วยและเครือญาติมีความวิตกกังวลและมีความเครียดสูง ความวิตกกังวลของญาติมีสาเหตุต่างๆ เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคคลแปลกหน้า การกักเวลาเยี่ยม กฎระเบียบต่าง ๆ หรือปัจจัยด้านสถานการณ์เช่นอาการของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค หรือแม้แต่ปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ ถ้าบุคลากรและเครือญาติสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันก็จะช่วยลดภาวะความเครียดได้

มอริสกี และคนอื่น (Morisky, et al. 1985: 35-50) ได้ทำการศึกษาการให้ข้อมูลลักษณะกับครอบครัวและเครือญาติ เพื่อเป็นแนวทางสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้คำปรึกษาแนะนำและให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีรายละเอียดของการให้ยา ความสำคัญของการควบคุม น้ำหนัก อาหาร ใช้ระยะเวลาการศึกษา 3 ปี ผลปรากฏว่า ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักดีขึ้นและระดับของความดันโลหิตต่ำลง และคงทนกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมให้สมาชิกเครือญาติหรือสมาชิกในครอบครัว เป็นบทบาทหนึ่งที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยนั้น เป็นตัวแปรที่สำคัญต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนะ คล้ายดี(2530:141-152) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลการสอนผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นกลุ่มร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเครือญาติ โดยการสอนผู้ป่วยและเครือญาติร่วมกัน และให้คู่มือการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมโรคดีกว่าก่อนการทดลอง นั้นแสดงให้เห็นว่าเครือญาติ

มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ผลการรักษาในการควบคุมโรคดีขึ้น

เรณู ช้างปุก (2526: บทคัดย่อ, 120) ได้ทำการวิจัยเรื่องอิทธิพลของครอบครัวและเครือข่ายต่อการตัดสินใจเข้ามาใช้บริการชนิดหึ่งอนามัยของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการศึกษาพบว่าตัวแปรที่เกี่ยวกับอิทธิพลของครอบครัวและเครือข่ายนำไปสู่การตัดสินใจเข้ามาใช้บริการวิธีคุมกำเนิดชนิดหึ่งอนามัย ได้แก่จำนวนบุตรที่มีชีวิตมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมากที่สุด รองลงมาคือ คำแนะนำของญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านเกี่ยวกับการใช้วิธีคุมกำเนิด ความคิดเห็นของผู้อาวุโสเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิด ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง พยายามหาข้อมูลวิธีการคุมกำเนิดจากญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านเป็นส่วนใหญ่ และผู้อาวุโสยังคงมีอิทธิพลอยู่ เนื่องจากว่าระบบการเคารพเชื่อฟังผู้อาวุโสในครอบครัวชนบทไทยนั้นยังมีอิทธิพลสูงมาก อีกทั้งยังได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้มีความรู้มีประสบการณ์ชีวิตและมีความรอบคอบ จะเห็นว่าบุคคลเหล่านี้เป็นทรัพยากรมนุษย์ของสังคมชนบทซึ่งมีจำนวนมากถึงร้อยละ 80 ของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือครอบครัวหลาย ๆ ครอบครัว ซึ่งเป็นพี่น้องกันนิยมตั้งบ้านเรือนอยู่เป็นกลุ่มกันมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ญาติผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิงมักจะได้รับการเคารพนับถือเชื่อฟัง อีกทั้งยังเป็นผู้ปรึกษาหารือ แสดงความคิดเห็น รวมทั้งให้คำแนะนำ จนเป็นที่เข้าใจก่อให้เกิดการสื่อสารสองทาง (two way communication) จึงกล่าวได้ว่าบุคคลเหล่านี้มีอิทธิพลมากรวมทั้งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมด้วย จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่าเครือญาติมีอิทธิพลสูงในการตัดสินใจ ทั้งนี้เนื่องจากสภาพชนบทผู้ที่เป็นญาติพี่น้องใกล้ชิดกันหรือเพื่อนสนิทกัน การนิยมสร้างบ้านอยู่รวมกลุ่มกัน จึงทำให้เกิดความสนิทสนม มีการติดต่อกันเป็นประจำ จึงก่อให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งในยามปกติรวมไปถึงยามเจ็บป่วยใช้ได้ป่วย และยามประสบเหตุร้ายต่างๆ

• สุนัตรา ชาดิบุญชาชัย และคณะ (2533: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องแหล่งข้อมูล และการตัดสินใจในการใช้ยาของประชาชนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ :กรณีศึกษา 4 หมู่บ้าน เพื่อให้ทราบถึงกระบวนการตัดสินใจในการเลือกชนิดของยาเพื่อใช้รักษาตัวเอง ตลอดจนข้อมูลต่างๆ ที่ประชาชนได้รับยาดังนั้น ในแง่เนื้อหาของข้อมูลและแหล่งที่ให้ข้อมูล ซึ่งจากการศึกษาพบว่า กระบวนการตัดสินใจในการรักษาตนเองของชาวบ้านนั้น เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนเริ่มต้นจากการวินิจฉัยด้วยตนเองว่าป่วยหรือไม่รุนแรงหรือไม่ ควรเลือกแหล่งบริการที่ไหนดี กรณีผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 13 ปีลงมานั้น การ

ตัดสินใจจะอยู่ที่มารดาและญาติผู้ใหญ่ และในรายที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ก็จะตัดสินใจเอง เป็นส่วนมาก ในกรณีคนชรา นั้น การตัดสินใจจะอยู่ที่ลูกหลาน ส่วนผู้ป่วยในวัย 13-20 ปี พบว่ามีการตัดสินใจเองบ้างในบางครั้งของการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง โดยเฉพาะในผู้ป่วย เด็กเล็กๆ การตัดสินใจใช้ยาหรือเลือกรักษาพยาบาลจะอยู่ที่ผู้ปกครอง โดยเฉพาะ แม่และ แม่ใหญ่ในมารดาที่เพิ่งมีลูกคนแรก ย่าหรือยาย จะมีบทบาทในการให้คำแนะนำเมื่อหลาน เจ็บป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าญาติหรือ เพื่อนบ้านมีบทบาทในการแนะนำการใช้ยามากที่สุดถึง ร้อยละ 37.3-14.3 เป็นเพราะสภาพชุมชนบ้านชนบทมีการตั้งบ้านเรือนอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ใหญ่ ความสัมพันธ์เครือญาติค่อนข้างสนิทสนมกัน แม้ว่าจะแยกครอบครัวออกไป แต่ก็อยู่ใน ละแวกเดียวกัน มีการเยี่ยมเยียนไปมาหาสู่กันทุกวัน มีการพูดคุยสนทนา จึงเป็นจุด สำคัญในการถ่ายทอดข้อมูล ซึ่งมีผลมากต่อการตัดสินใจ เพราะเป็นแหล่งข้อมูลแรกที่ได้รับ ข่าวสารด้วย ลักษณะบ้านที่ปลูกอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ลักษณะอาชีพการทำนา ทำให้มีเวลาว่าง พอที่จะรวมกลุ่มพูดคุยกันอยู่เสมอ และมักจะมีความสัมพันธ์เป็นญาติพี่น้องกันภายในคุ้มหรือ ละแวกนั้นๆ เมื่อมีใครเจ็บป่วยก็รู้กันทั่ว จะมีการเยี่ยมเยียนถามไถ่และแนะนำการรักษา พยาบาล เพื่อนบ้านที่อาวุโสมีประสบการณ์มากกว่าก็จะเป็นผู้แนะนำ

กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ (2536: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องหมอนั่น บ้านและการดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้าน:กรณีศึกษา โดยได้กล่าวถึงสังคมไทยมีการดูแลสุขภาพตนเองมานานแล้ว มีการพึ่งพาตนเองและช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในครอบครัว เครือข่ายสังคม และชุมชนการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพเพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการตัดสินใจของปัจเจกบุคคลหรือครอบครัว ที่มีผลมาจากการรับรู้สถานะทาง สุขภาพของตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว ประกอบกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของชุมชน การช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในครอบครัวและเครือข่าย ทางสังคม มีแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองจะผสมผสานหลายวิธีตามความเชื่อถือประเพณี การณ์ และการถ่ายทอดข้อมูลต่างๆ ให้แก่กันตลอดเวลา ระหว่างบุคคล ครอบครัว เพื่อน บ้าน และชุมชน จากการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพยามเจ็บป่วยของชาวบ้านนั้น ในกลุ่มเด็กอายุแรกเกิดถึง 1 ปี นิยมพาไปรักษาที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน (มี เพียงโรคกำเริบโรคเดียวที่ชาวบ้านเชื่อว่าจะต้องไปรักษากับหมอนั่นบ้าน) ในกลุ่มเด็ก 1-5 ปี พ่อแม่นิยมซื้อยามาให้กินเอง ในกลุ่มชาวบ้านทั่วไปแบบแผนการดูแลสุขภาพยามเจ็บ ป่วยมีความแตกต่างกัน มีทั้งซื้อยากินเองเมื่อไม่หายก็ไปรักษาที่สถานอนามัย โรงพยาบาล ตามลำดับ และการรักษากับหมอนั่นบ้านในบางโรคที่ตนเองเชื่อถือศรัทธาควบคู่ไปด้วย นอก

จากนี้ยังพบว่ามีเหตุผล 4 ประการ ที่ทำให้ชาวบ้านยังคงใช้วิธีการรักษาแบบพื้นบ้านก็คือ ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดสิ่งเหนือธรรมชาติ ประสบการณ์ในอดีตก็คือชื่อเสียง และความสามารถเฉพาะตัวของหมอพื้นบ้าน และการรักษากับหมอแผนปัจจุบันไม่หายหรือไม่ดีขึ้น จากการศึกษางานวิจัยนี้อาจกล่าวได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้านไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่หรือกลุ่มชาวบ้านทั่วไป การดูแลสุขภาพของตนเองมักจะมีสมาชิกในครอบครัว เครือข่ายสังคมและชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งบุคคลเหล่านี้อยู่ในชุมชนเช่นเดียวกันมีความเกี่ยวพันเป็นเครือญาติกัน ดังนั้นเครือญาติจึงเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้าน โดยให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในครอบครัวและชุมชน

Lefley (1990: 227-286) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ของวัฒนธรรมต่อผู้ป่วยด้านจิตใจชนิดเรื้อรัง ผู้ป่วยด้านจิตใจชนิดเรื้อรังมีสาเหตุมาจากวัฒนธรรมที่มนุษย์สร้างขึ้นโดยเฉพาะในสังคมประเทศพัฒนาแล้ว ประเทศอุตสาหกรรมซึ่งทำให้ผู้ป่วยถูกตีตราจากสังคมและมีความรู้สึกที่ไม่มีค่าในตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อการรักษาให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น คือ โครงสร้างญาติขยายการสนับสนุนจากครอบครัว การร่วมมือระหว่างทีมงานรักษายาบาลกับครอบครัว ตัวแปรเหล่านี้จะเป็นวัฒนธรรมที่มั่นคงและถาวรที่สามารถนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยด้านจิตใจให้ดีขึ้นได้ในระยะยาว และได้กล่าวอีกว่าการพัฒนาวัฒนธรรมก็มีความสัมพันธ์กับการรักษายาบาลเช่นกัน

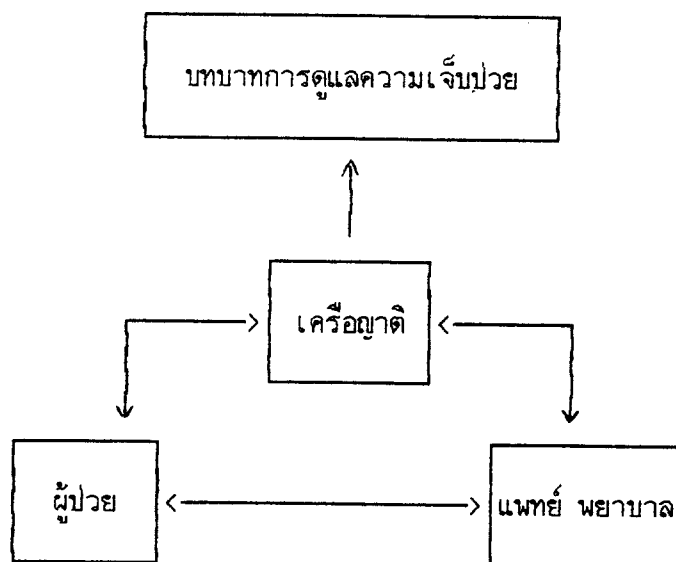
Nicklin (1979: 40-43) ได้ทำการศึกษาบทบาทของครอบครัวในขณะที่อยู่ห้องฉุกเฉิน พบว่า ญาติมีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย เพราะญาติเป็นผู้ให้ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย และบุคลิกภาพของผู้ป่วย ทำให้แพทย์และพยาบาลวางแผนให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ญาติยังช่วยให้การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่ตนรัก และเป็นห่วงอีกด้วย การมีญาติที่มีความใกล้ชิด คำนึงเคยทราบชีวิตส่วนตัว และลักษณะนิสัยของผู้ป่วย อาจสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีกว่าพยาบาลซึ่งเปรียบเสมือนคนแปลกหน้าและญาติยังช่วยสื่อความต้องการของผู้ป่วยแก่พยาบาล และมีส่วนทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษายาบาล ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้เร็วขึ้น

Hoover (1979: 219-222) ได้กล่าวถึงการศึกษาของ Reno ที่ศูนย์การแพทย์วาโช (Washoe Medical Center) ซึ่งให้ความสำคัญกับญาติผู้ป่วยได้จัดการดูแลเป็นพิเศษสำหรับญาติขึ้น โดยการให้ความสะดวกในการนำญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และญาติมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน อธิบายให้ญาติเข้าใจเครื่องมือทางการแพทย์และวิธีการใช้เครื่องมือ

นั้นๆ อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับอาการ การรักษา และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย จาก การจัดการดูแลพิเศษสำหรับญาตินี้ พบว่า มีผลดีต่อทั้งผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ เป็นการ แสดงให้เห็นว่านอกจากการรักษาของแพทย์และการพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยยังต้องการความรัก การเอาใจใส่และกำลังใจอีกด้วย ซึ่งผู้ที่ทำบทบาทนี้ได้ก็คือญาติ

2.7 กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นจะเห็นว่าเครือญาติ มีความสำคัญต่อบทบาทการช่วยเหลือดูแลในยามเจ็บป่วย บทบาทของเครือญาติจะต้องมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เจ็บป่วย และบุคคลที่ทำหน้าที่ในการรักษา บทบาทของเครือญาติ จะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความเจ็บป่วย ความรุนแรงของ ความเจ็บป่วย ส่วนปัจจัยด้านบุคลากรด้านการแพทย์ ได้แก่ ความสามารถในการรักษา คุณภาพในการให้บริการ ซึ่งความสัมพันธ์ทั้ง 3 กลุ่ม ที่จะนำไปสู่บทบาทเครือญาติในการดูแล ความเจ็บป่วย แสดงเป็นแผนภูมิที่ 2.3



แผนภูมิที่ 2.3 การปฏิสัมพันธ์ระหว่าง เครือญาติ ผู้ป่วย และแพทย์พยาบาล นำ ไปสู่บทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

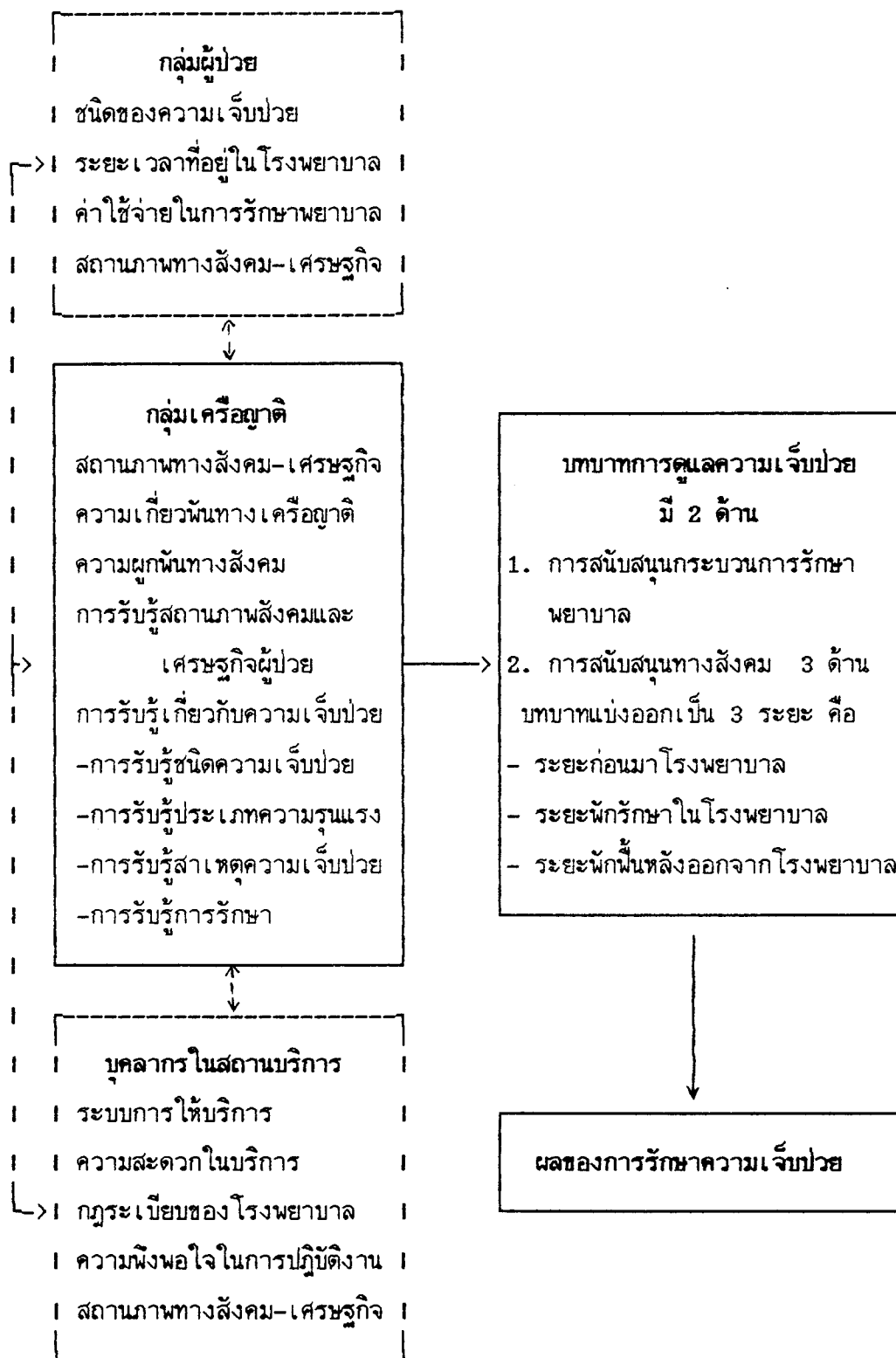
ดังนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวความคิดมากำหนดเป็นตัวแปรที่จะศึกษา โดยมุ่งเน้นศึกษากลุ่มเครือญาติเป็นประชากรหลัก ตัวแปรที่นำมาสร้างกรอบแนวคิดและสมมติฐานในการวิจัยดังนี้

1. สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ
2. ความผูกพันทางสังคม
3. ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ
4. การรับรู้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจผู้ป่วย
5. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถเขียนเป็นกรอบแนวความคิดดังนี้

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



แผนภูมิที่ 2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลรักษาพยาบาล มี 5 ตัวแปรคือ

1. ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ
2. สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ
3. ความผูกพันทางสังคม
4. การรับรู้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจผู้ป่วย
5. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย
 - การรับรู้ชนิดความเจ็บป่วย
 - การรับรู้ความรุนแรงความเจ็บป่วย
 - การรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วย
 - การรับรู้เกี่ยวกับการรักษา

ตัวแปรตาม หมายถึง บทบาทการดูแลรักษาความเจ็บป่วย ซึ่งมีขอบเขตเพียงด้าน การสนับสนุนกระบวนการรักษาพยาบาลและการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

- ระยะก่อนมาโรงพยาบาล
- ระยะพักรักษาในโรงพยาบาล
- ระยะพักฟื้นหลังออกจากโรงพยาบาล

2.8 สมมติฐานในการศึกษา

จากกรอบแนวคิดในการศึกษานำไปสู่การตั้งสมมติฐาน ในการศึกษครั้งนี้ มี 5 สมมติฐาน ดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 ความเกี่ยวพันทางเครือญาติมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาของอุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532:33) พบว่าญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.48) มีความสัมพันธ์เป็นบุตร รองลงมาที่มีความสัมพันธ์เป็นสามีภรรยา ซึ่งความสัมพันธ์เป็นบุตร บิดา มารดาเป็นความเกี่ยวพันทางสายโลหิต ส่วนความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรณานั้นเป็นความเกี่ยวพันจากการแต่งงาน ดังนั้นความเกี่ยวพันทางเครือญาติโดยสายโลหิตน่าจะมีความสัมพันธ์กับบทบาทในการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 2 สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของเครือญาติมีความสัมพันธ์กับ บทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สถานภาพแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ สถานภาพที่ติดตัวมา (Ascribed Status) และสถานภาพที่ได้มาด้วยความสามารถ (Achieved status)

สถานภาพที่ติดตัวมา (Ascribed status) เป็นสถานภาพซึ่งธรรมชาติสร้างมาหลีกเลี่ยงไม่ได้และต้องเป็นไปตามนั้น เช่น เพศ อายุ

สถานภาพที่ได้มาภายหลังหรือได้มาโดยความสามารถ (Achieved status) เป็นตำแหน่งทางสังคมที่ต้องใช้ความสามารถและสติปัญญาของตนเอง เช่น อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ตำแหน่งในชุมชน ตำแหน่งในครอบครัว การมีบทบาทช่วยเหลือชุมชน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำตัวแปรสถานภาพทั้ง 2 ประเภท คือ สถานภาพที่ติดตัวมา และสถานภาพที่ได้มาโดยความสามารถ ซึ่งมาตั้งสมมติฐานเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับบทบาทในการดูแลความเจ็บป่วย ได้แก่

2.1 เพศ เป็นสถานภาพทางสังคมที่ได้ติดตัวมาแต่กำเนิด สังคมไทยมีการแบ่งแยกหน้าที่ชัดเจนคือ เพศชาย มีหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัว เพศหญิงมีหน้าที่ดูแลงานบ้าน และดูแลสุขภาพอนามัย จากการศึกษาของอุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532:ก) และการศึกษาจุฑามาศ ปัจจะวิสุทธ์ (2536:33) พบว่าเครือญาติที่ดูแลคนไข้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของ กรองจิต ชมสมุท (2535:87) พบว่า เครือญาติเพศหญิงจะเป็นแรงสนับสนุนได้ดีกว่าเพศชาย นอกจากนี้การศึกษานิพนธ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530:27) พบว่าสังคมไทยปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัย มีลักษณะการปรึกษาหารือกันระหว่างพ่อบ้านและแม่บ้าน แต่ถ้าพ่อบ้านประกอบอาชีพอื่น ๆ ที่มีเวลาอยู่กับลูกน้อยกว่าผู้ตัดสินใจจะเป็นแม่บ้าน แต่ในกรณีครอบครัวขยายจะมีย่าหรือยายเป็นผู้ตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิตรา บัญชาชัย และคณะ (2533:1) พบว่าการตัดสินใจในการใช้ยาในผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นได้ว่า มารดา ย่าหรือยาย เป็นบุคคลที่มีสถานภาพเป็นเพศหญิง มีบทบาทอย่างมากในด้านการดูแลรักษาพยาบาล

2.2 อายุ เป็นสถานภาพทางสังคมที่ติดตัวมาแต่กำเนิดมีผลต่อระดับวัยวุฒิ บุคคลเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ กลุ่มของเครือญาติทางสังคมจะขยายออกไปสู่เครือญาติ สมาชิกในครอบครัวอื่นและกลุ่มเพื่อน การสนับสนุนทางสังคมจึงมากขึ้นด้วย อายุเป็นปัจจัยกำหนดการใช้บริการและเลือกใช้บริการ อายุที่ต่างกันจะมีการใช้สถานบริการมากน้อยต่างกัน และ

เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยอีกด้วย จากการศึกษาของอุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532:33) และจุฑามาศ ปัญจะวิสุทธ์ และคณะ (2536-37) พบว่า เครือญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 26-55 ปี ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยใช้แรงงาน และเป็นวัยที่มีประสบการณ์ในด้านความเจ็บป่วย

2.3 การศึกษา เป็นสถานภาพทางสังคมที่ไม่ได้ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด ตำแหน่งที่ต้องอาศัยความสามารถในการได้มา ระดับการศึกษาจึงเป็นสถานภาพที่แสดงให้เห็นความสามารถของบุคคล เป็นการสะสมประสบการณ์และความรู้ จากการอบรมเลี้ยงดูมาตั้งแต่เด็กจนถึงวัยชรา การศึกษาจึงแสดงให้เห็นคุณภาพของบุคคล ผู้ที่ผ่านการศึกษามากขึ้นเรียนย่อมมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมในทางที่รอบรู้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยขึ้น สันทัต เสริมศรี (2535:387) ได้กล่าวถึงรายงานจากประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1958-1974 ระบุว่าผู้มีการศึกษาสูงจะ ไปปรึกษากับแพทย์มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ในทางตรงข้ามการรักษารอคอยเมื่อเจ็บป่วยที่โรงพยาบาล พบว่าผู้มีการศึกษาสูงไปรักษาโรคที่โรงพยาบาลน้อยกว่าจากการศึกษาของอุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ พบว่าญาติส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.3) จบประถมศึกษา และการศึกษาของจุฑามาศ ปัญจะวิสุทธ์ และคณะพบว่าญาติส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.69) จบมัธยมศึกษา

2.4 สถานภาพสมรส เป็นสถานภาพที่ได้ภายหลัง สถานภาพสมรสแบ่งออกเป็น สถานภาพสมรสโสด สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน สถานภาพคู่แยกกันอยู่ และสถานภาพสมรสหม้าย หย่า บุคคลที่มีสถานภาพแตกต่างกันย่อมมีโอกาสกระทำทางทางสังคมต่างกัน

2.5 อาชีพ เป็นสถานภาพที่ได้มาด้วยความสามารถ อาชีพมีอิทธิพลกำหนดพฤติกรรม เนื่องจากแต่ละอาชีพมีรูปแบบการแสดงออกแตกต่างกัน เช่น อาชีพเกษตรกรรม มีรูปแบบการแสดงออก มีความคิด ความเชื่อ ความชอบพอร์สนิยม แตกต่างจากอาชีพข้าราชการ จากการศึกษาของอุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532:33) และการศึกษาของจุฑามาศ ปัญจะวิสุทธ์ และคณะ (2536:37) พบว่าญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม

2.6 รายได้ เป็นสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ได้รับภายหลัง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีโอกาสเลือกกระทำทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดแนวทางการรักษา

2.7 ขนาดถือครองที่ดิน เป็นสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ได้รับภายหลัง ในสังคมชนบท การฐานะเศรษฐกิจจากขนาดถือครองที่ดินได้ดีกว่ารายได้ เนื่องจากอาชีพเกษตรกรรม รายได้ไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขธรรมชาติหลายอย่าง ดังนั้นขนาดถือครองที่ดินจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถกำหนดแนวทางการรักษาได้

ฐานะเศรษฐกิจของบุคคลถือว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง ผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจใน

ระดับสูง จะมีโอกาสในการติดต่อกับกลุ่มสังคมต่าง ๆ และมีรายได้ที่สามารถเอื้อในการจัดหาอุปกรณ์ต่างๆ ที่มีประโยชน์และจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี ถ้ามีฐานะเศรษฐกิจต่ำ การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์ต่างๆ ได้น้อยมักจะเกิดความขัดแย้งในบทบาทได้ (Crawford, 1985:100) และฐานะเศรษฐกิจของบุคคลมีอิทธิพลกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ระดับรายได้จึงเป็นปัจจัยกำหนดจำนวนการใช้บริการและการเลือกแหล่งที่มีคุณภาพ จากการศึกษาของอุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532:33) และจุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ และคณะ (2536:33) พบว่า เครือญาติส่วนใหญ่มีรายได้ระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งการศึกษาของจุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ และคณะ พบว่าเครือญาติส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน

2.8 ตำแหน่งในชุมชน การมีตำแหน่งในชุมชน เป็นแนวทางเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการทำงานพัฒนาชุมชน มีสัมพันธภาพ มนุษย์สัมพันธ์ ร่วมมือประสานอย่างใกล้ชิด บุคคลที่มีตำแหน่งในชุมชนมีโอกาสร่วมช่วยเหลือสมาชิก โดยเฉพาะการช่วยเหลือในยามเจ็บป่วย ผู้มีตำแหน่งในชุมชนพึงให้ความช่วยเหลือ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ควรช่วยเหลือสมาชิกในหมู่บ้านเจ็บป่วย

2.9 ตำแหน่งในครอบครัว ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด เป็นหน่วยของการติดต่อตอบโต้ระหว่างบุคคล โดยสังคมแต่ละแห่งจะกำหนดบทบาทของแต่ละครอบครัวไว้ ซึ่งขึ้นอยู่กับประเพณีของแต่ละแห่ง บทบาทของแต่ละคนจะถูกกำหนดไว้ตามตำแหน่ง เช่น ในสังคมไทยกำหนดให้หัวหน้าครอบครัวเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือทำงาน ดังนั้นตำแหน่งในครอบครัวต่างกัน บทบาทที่พึงกระทำย่อมต่างกัน

2.10 การมีบทบาทช่วยเหลือชุมชน มนุษย์เป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดของการพัฒนาชุมชน วิศวกรรมการของมนุษย์ทำให้อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม มีการไปมาหาสู่ติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ทำให้เป็นลูกโซ่เกี่ยวพันกัน บุคคลที่มีบทบาทช่วยเหลือชุมชนย่อมมีความสัมพันธ์และปฏิบัติต่อกัน เมื่อมีความเจ็บป่วยสมาชิกในชุมชนจะมีการช่วยเหลือกัน ผู้อาวุโสกว่าให้การช่วยเหลือด้านการแนะนำตามประสบการณ์ ผู้มีความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ย่อมมีบทบาทช่วยเหลือด้านสุขภาพความเจ็บป่วย

จะเห็นได้ว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกัน ย่อมมีบทบาทที่แตกต่างกัน ดังนั้น สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของเครือญาติย่อมมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 3 ความผูกพันทางสังคมมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแล

ความเจ็บป่วย

กลุ่มเครือข่ายติจึงเป็นกลุ่มพื้นฐานของมนุษย์ โดยมีการรวมของกลุ่มคนจำนวนหนึ่ง ในบริเวณหรือในพื้นที่แห่งหนึ่ง มีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มีความแน่นแฟ้นในการรวมตัวทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างคนและระหว่างกลุ่ม จึงมีแบบแผนความประพฤติที่สังคมเห็นว่าเป็นสิ่งที่ควรกระทำ (อคิน ธิพัฒน์, 2536:57-59) การที่บุคคลฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ระหว่างบุคคลในสังคม โดยมีเพื่อนฝูง และคนรู้จักจะต้องไปเยี่ยมเยียนถามไถ่และแนะนำวิธีการรักษา จากการศึกษาของ นิพัทธ์พลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2533:164) พบว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมของหมู่บ้านในภาคอีสานมีลักษณะความเป็นเครือญาติสูงมาก การไปมาหาสู่และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ยังมีในหมู่เพื่อนบ้านใกล้เคียงที่ไม่ใช่ญาติในลักษณะที่ไม่แตกต่างจากเครือญาติ ด้วยการช่วยเหลือดังกล่าว ได้แก่ การพูดคุย ให้กำลังใจ การให้หยิบยืมข้าวของเครื่องใช้ การให้คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วยลักษณะครอบครัว

ความผูกพันทางสังคมขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ความเป็นเพื่อน ความใกล้ชิดกัน การติดต่อสื่อสารหรือการพบปะสังสรรค์ ความคล้ายคลึงกันทางทัศนคติ ความใกล้เคียงกันด้านฐานะ เศรษฐกิจและสังคม พฤติกรรมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดังนั้น ความผูกพันทางสังคมมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 4 การรับรู้สถานการณ์ทางสังคมและเศรษฐกิจผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

การรับรู้ทางสังคมเป็นกระบวนการที่รู้จักและเข้าใจบุคคลที่อยู่รอบตัวเรา ในชีวิตประจำวัน บุคคลจะต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลรอบๆ จำนวนมากนับตั้งแต่ พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน การรับรู้จัดว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก เมื่อบุคคลได้รับรู้ทางสังคมอย่างไร ก็จะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการรับรู้เป็นอย่างมาก เช่น นาย ก. เป็นคนดีก็จะแสดงพฤติกรรมด้วยการเคารพนับถือ แต่ถ้านาย ข. เป็นคนไม่ดีก็จะแสดงพฤติกรรมไม่คบค้าสมาคมด้วย การรับรู้ตำแหน่งทางสังคมของบุคคลที่ถูกรับรู้อาจมีผลต่อการรับรู้ได้ เพราะตำแหน่งทางสังคม บ่งถึงบทบาทและหน้าที่เฉพาะบางอย่างที่บุคคลผู้ดำรงตำแหน่งแสดงออกมา (โยธิน ศันสนยุทธ์ และ จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2529:30) จะเห็นได้ว่าบุคคลจะมีบทบาทหน้าที่อย่างไร ขึ้นอยู่กับการรับรู้ทางสังคม (สงวน สิทธิเลิศอรุณ, 2522:34)

ดังนั้นการรับรู้สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 5 การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

5.1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกจัดการและให้ความหมายต่อสิ่งเร้า และขึ้นอยู่กับ การเลือกรับของบุคคล (Selective Perception) ซึ่งจะกำหนดว่าข่าวสารใด บุคคลยอมรับหรือไม่ยอมรับ พฤติกรรมที่แสดงออกมาจึงเป็นไปตามการรับรู้ ดังนั้นการรับรู้สุขภาพอนามัยทั่วไป มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

5.2 การรับรู้ชนิดของความเจ็บป่วย ในด้านวิทยาการระบาดได้แบ่งความเจ็บป่วยหรือโรคออกเป็น โรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีความหมายแตกต่างกันดังนี้

1. โรคติดต่อ (Communicable Disease) หมายถึง โรคที่เกิดจากเชื้อโรค หรือพิษของเชื้อโรค ซึ่งสามารถติดต่อมาจากสัตว์ คน หรือแหล่งโรคมายังคนได้ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งได้แก่ อหิวาตกโรค กาฬโรค ไข้ทรพิษ วัณโรค เป็นต้น

2. โรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease) หมายถึง โรคที่มีสาเหตุจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กรรมพันธุ์ และบางส่วนจากการรักษาพยาบาล ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง

จะเห็นได้ว่า ความเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อหรือโรคไม่ติดต่อ ย่อมมีความสำคัญต่อเครือข่ายที่จะตัดสินใจในการดูแลความเจ็บป่วย กล่าวคือ ถ้าเครือข่ายมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นมีการติดต่อของโรคได้ เครือข่ายย่อมเข้ามามีบทบาทในการดูแลน้อยกว่าความเจ็บป่วยที่ไม่มีการติดต่อ ดังนั้นการรับรู้ชนิดความเจ็บป่วยจะมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

5.3 การรับรู้ประเภทความรุนแรง ความรุนแรงของความเจ็บป่วย แบ่งออกเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลัน ความเจ็บป่วยวิกฤต ความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีความหมายแตกต่างกันดังนี้

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกระทันหัน จำเป็นต้องดำเนินการช่วยเหลือและการดูแลรักษาทันที ได้แก่ การเกิดโรคในระบบต่างๆของร่างกาย การบาดเจ็บ การเสียชีวิต

2. การเจ็บป่วยวิกฤต คำว่า "วิกฤต" จะนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการเพียบหนัก อาการรุนแรง มีโอกาสของความเป็นตายได้เท่ากัน

3. การเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยที่มีความเบี่ยงเบนหรือสูญเสียความปกติของร่างกายหรือจิตใจอย่างถาวร ซึ่งประกอบด้วยลักษณะใดลักษณะหนึ่งต่อไปนี้

- 3.1 มีความเบี่ยงเบนหรือสูญเสียความปกติของร่างกายหรือจิตใจอย่างถาวร
- 3.2 มีความพิการเกิดขึ้น
- 3.3 มีพยาธิสภาพที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ
- 3.4 ต้องการฟื้นฟูสภาพเป็นพิเศษ
- 3.5 ต้องการการดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน

บุคคลจะประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และใช้ระดับความรุนแรงของโรคที่รับรู้ นั้น เป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการดูแลความเจ็บป่วย จากการศึกษาของ Gould (1957, 507:516) พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง วิธีการรักษาจะใช้วิธีแบบโบราณ แต่ถ้าการเจ็บป่วยนั้นมีอาการรุนแรงไม่สามารถปฏิบัติภารกิจได้ตามปกติ วิธีการรักษาจะใช้รักษาแผนใหม่ นอกจากนี้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยจะมากหรือน้อยนั้น อาจไม่ใช้วัดโดยหลักการแพทย์ แต่ใช้การสังเกตทางร่างกาย การปฏิบัติภารกิจประจำวัน รวมทั้งประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก อย่างเช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาลก็ต่อเมื่อคิดว่าอาการหนักเกินกว่าจะรักษาเองได้ (เบนจามิน ยอดดำนิน และ กฤติยา อาชวนิจกุล, 2529:42) จะเห็นได้ว่าครอบครัวจะมีบทบาทในการดูแลความเจ็บป่วยอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ลักษณะความรุนแรงความเจ็บป่วย ดังนั้นการรับรู้ประเภทความรุนแรงจะมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

5.4 การรับรู้ระดับความรุนแรง บุคคลจะมีปฏิกิริยาโต้ตอบหรือการกระทำต่อสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลมีระดับของความอดทนแตกต่างกัน (Beecher, 1959) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นการรับรู้ระดับความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

5.5 การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย การศึกษาของ ชื่นชม เจริญฤทธิ์ (2522: 51) พบว่าบุคคลที่มีความเชื่อทางไสยศาสตร์มาก มีแนวโน้มที่จะใช้การรักษาที่เป็นไสยศาสตร์มากกว่าบุคคลที่มีความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์น้อย และการศึกษาของ Antony C. Colson (1971:226) พบว่า การเลือกใช้บริการทางการแพทย์ เช่น บริการของรัฐ ร้านขายยา และการรักษาตนเอง ขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุ

ของความเจ็บป่วย นอกจากนั้นการศึกษาของ Maclean (1965:243) พบว่า เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งเจ็บป่วย ในบางครั้งผู้ป่วยไม่มีอำนาจในการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษา สมาชิกในครอบครัวจะมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และวิธีการรักษาเหล่านั้นขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้น ๆ

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการดูแลความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย เนื่องจากบุคคลมีการรับรู้ต่อสาเหตุการเจ็บป่วยอย่างไร ก็จะแสดงออกสอดคล้องกับการรับรู้ที่นั้นๆ เมื่อเครือข่ายได้รับรู้สาเหตุความเจ็บป่วยมาจากทางไสยศาสตร์ แนวทางการสนับสนุนการรักษาพยาบาลจึงเป็นไปในทางไสยศาสตร์ และบางครั้งอาจต่อต้านแผนการรักษาของทีมงานรักษาพยาบาล ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

5.6 การรับรู้การตรวจพิเศษที่อาจเสี่ยงอันตราย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และเป็นแนวทางในการตัดสินใจเพื่อกำหนดแนวทางเลือกการรักษา การรับรู้การตรวจพิเศษที่อาจเสี่ยงอันตรายย่อมเป็นเงื่อนไขการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา ดังนั้นการรับรู้การตรวจพิเศษมีความสัมพันธ์กับการดูแลความเจ็บป่วย

5.7 การรับรู้การรักษาที่อาจเสี่ยงอันตราย ความเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่อสังคม แต่ละสังคมต่างก็พยายามที่จะค้นหาสาเหตุและทำการรักษาควบคู่ไปกับการป้องกัน โดยในแต่ละสังคมจะมีระบบความคิดที่แตกต่างกัน การรับรู้ถึงวิธีการรักษาที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น เครือญาติที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาที่ถูกต้องย่อมให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาได้ดีกว่า ดังนั้นการรับรู้วิธีการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

5.8 การรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์ การที่บุคคลมีพฤติกรรมอย่างใดอันขึ้นอยู่กับความรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะกำหนดการกระทำทางสังคม เครือญาติที่มีการรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์ย่อมมีบทบาทที่สอดคล้องกับทางการแพทย์ ดังนั้นการรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย